

# CIRUGIA Y TRAJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVII

4

1949

ABRIL

Presidente:

DR. JOSE AGUILAR ALVAREZ.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. FRANCISCO FONSECA.



## SEPTICEMINE CORTIAL — AMPOLLETAS

### FORMULA

|   |                    |
|---|--------------------|
| Yodometilato de Hexametilenotetramina .....       | 0.38 g.            |
| Hexametilenotetramina .....                       | 0.08 "             |
| Solución salina fisiológica al 7.5% c. b. p. .... | 4 cm. <sup>3</sup> |

Para una ampolleta.

**PRESENTACION:** En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antiséptico urinario e Infecciones generales.

**INDICACIONES:** Auxiliar en afecciones de las vías genitourinarias y estados infecciosos generales, (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colecistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

**DOSIS:** Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A.      Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

## VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

### FORMULA

|   |                  |                    |
|---|------------------|--------------------|
| Neumococos I .....  | { de cada<br>uno |                    |
| Neumococos II .....   |                  |                    |
| Neumococos III .....  |                  | 133.333.333        |
| Esterococos .....   |                  | 400.000.000        |
| Estafilococos áureos .....                                    |                  | 150.000.000        |
| Tetrágenos .....  |                  | 50.000.000         |
| Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 70/00<br>c. b. p. .... |                  | 1 cm. <sup>3</sup> |

**PRESENTACION:** En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antigénicas.

**INDICACIONES:** Profiláctico contra la gripe, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

**DOSIS:** De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>,  $\frac{3}{4}$  de cm.<sup>3</sup> y 1 cm.<sup>3</sup> en días alternos, para niños.

De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{3}{4}$  cm.<sup>3</sup> y 2 cm.<sup>3</sup>, también en días alternos, para adultos.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección hipodérmica.

Reg. No. 3152 S. S. A.      Prop. No. Ff-3.

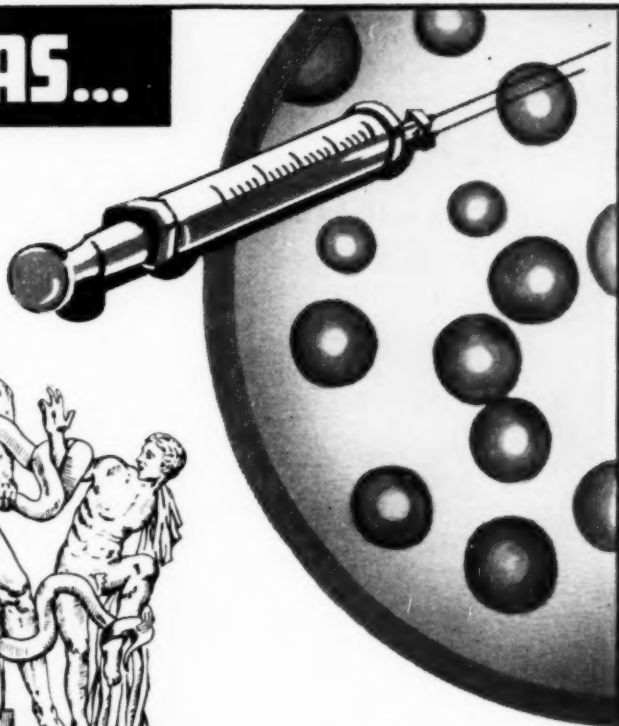
"Este medicamento es de empleo delicado."

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

# ANEMIAS...



## HEPA-BESVITAL

### HEPA-BESVITAL "5"

Cada  $\text{cm}^3$  contiene 5 U. A. A. de Extracto de Hígado, 25 mg. de Tiamina, 1 mg. de Riboflavina, 2 mg. de Piridoxina y 25 mg. de Nicotinamida en frasco amp. de 10  $\text{cm}^3$  (para aplicación intramuscular)

REG. NUM. 28295 S. S. A.

### HEPA-BESVITAL "10"

Cada  $\text{cm}^3$  contiene 10 U. A. A. de Extracto de Hígado, 50 mg. de Tiamina, 2 mg. de Riboflavina, 4 mg. de Piridoxina y 50 mg. de Nicotinamida en frascos amp. de 5 y 10  $\text{cm}^3$  (para aplicación intramuscular).

REG. NUM. 28295 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. A-1

*Laboratorios* **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

## SEPTICEMINE CORTIAL — AMPOLLETAS

### FORMULA

|   |                    |
|---|--------------------|
| Yodometilato de Hexametilenotetramina .....       | 0.38 g.            |
| Hexametilenotetramina .....                       | 0.08 "             |
| Solución salina fisiológica al 7.5% c. b. p. .... | 4 cm. <sup>3</sup> |

Para una ampolleta.

**PRESENTACION:** En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antiséptico urinario e Infecciones generales.

**INDICACIONES:** Auxiliar en afecciones de las vías genitourinarias y estados infecciosos generales, (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colectistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

**DOSIS:** Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A.      Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

## VACCIN ANTI-BRONCHO-PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

### FORMULA

|   |                  |                    |
|---|------------------|--------------------|
| Neumococos I .....  | { de cada<br>uno |                    |
| Neumococos II .....   |                  |                    |
| Neumococos III .....  |                  | 133.333.333        |
| Esterococos .....   |                  | 400.000.000        |
| Estafilococos áureos .....                                    |                  | 150.000.000        |
| Tetrágenos .....  |                  | 50.000.000         |
| Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 70/00<br>c. b. p. .... |                  | 1 cm. <sup>3</sup> |

**PRESENTACION:** En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm.<sup>3</sup>

**PROPIEDADES TERAPEUTICAS:** Antigénicas.

**INDICACIONES:** Profiláctico contra la gripe, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía, Bronconeumonía, Gripe de tipo respiratorio, Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

**DOSIS:** De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>,  $\frac{3}{4}$  de cm.<sup>3</sup> y 1 cm.<sup>3</sup> en días alternos, para niños.

De  $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup>, 1 $\frac{3}{4}$  cm.<sup>3</sup> y 2 cm.<sup>3</sup>, también en días alternos, para adultos.

**VIA DE ADMINISTRACION:** Inyección hipodérmica.

Reg. No. 3152 S. S. A.      Prop. No. Ff-3.

"Este medicamento es de empleo delicado."

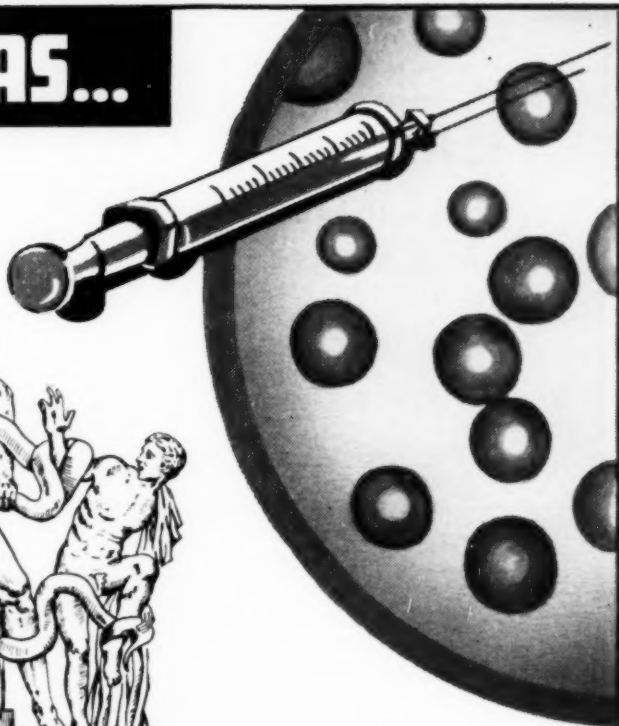
A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



# ANEMIAS...



## HEPA-BESVITAL

### HEPA-BESVITAL "5"

Cada  $\text{cm}^3$  contiene 5 U. A. A. de Extracto de Hígado, 25 mg. de Tiamina, 1 mg. de Riboflavina, 2 mg. de Piridoxina y 25 mg. de Nicotinamida en frasco amp. de 10  $\text{cm}^3$  (para aplicación intramuscular)

REG. NUM. 28295 S. S. A.

### HEPA-BESVITAL "10"

Cada  $\text{cm}^3$  contiene 10 U. A. A. de Extracto de Hígado, 50 mg. de Tiamina, 2 mg. de Riboflavina, 4 mg. de Piridoxina y 50 mg. de Nicotinamida en frascos amp. de 5 y 10  $\text{cm}^3$  (para aplicación intramuscular).

REG. NUM. 28295 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Prop. A-1

*Laboratorios* **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1948 - 1948.

Presidente:  
DR. JOSE AGUILAR  
ALVAREZ.

Vice-Presidente:  
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:  
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:  
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

## VOCAL:

1er. Vocal.  
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.  
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.  
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.  
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.  
Dr. Carlos Colín.

## RUTHIORYL

ANTIALERGICO

Inyecciones intravenosas.

Grageas.

Regs. Nos. 33044, 33483 S. S. A.

## RUTINA THOME

Inyecciones.

Intravenosas o Intramusculares.

FRAGILIDAD CAPILAR

Reg. No. 32570 S. S. A.

## BENCETRICYL

ANTIBIOTICO

Y VASOCONSTRICTOR DE  
APLICACION LOCAL,

A base de Tirotricina y Bencedrina.

Reg. No. 33353 S. S. A.

LABORATORIOS J. C. THOME,  
S. A.

Moras No. 360. Nva. Col. del Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

*Asepsia Bucal*

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,  
especialmente útil en el tratamiento de las esto-  
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG. 9816 S.S.A.  
PROP. FF-43

**VEGANIN**

- preparado a base de fosfato de co-  
deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-  
lico, es un valioso auxiliar como an-  
tipirético, antirreumático y sedante  
nervioso, así como para aliviar rápi-  
damente los

*Dolores*

REG. 8862 S.S.A.  
PROP. FF-43

.....  
**CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"**  
**S. A.**

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1948 - 1948.

Presidente:  
DR. JOSE AGUILAR  
ALVAREZ.

Vice-Presidente:  
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:  
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:  
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

## VOCAL:

1er. Vocal.  
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.  
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.  
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.  
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.  
Dr. Carlos Colín.

## RUTHIORYL

ANTIALERGICO

Inyecciones intravenosas.

Grageas.

Regs. Nos. 33044, 33483 S. S. A.

## RUTINA THOME

Inyecciones.

Intravenosas o Intramusculares.

FRAGILIDAD CAPILAR

Reg. No. 32570 S. S. A.

## BENCETRICYL

ANTIBIOTICO

Y VASOCONSTRICTOR DE  
APLICACION LOCAL,

A base de Tirotricina y Bencedrina.

Reg. No. 33353 S. S. A.

LABORATORIOS J. C. THOME,  
S. A.

Moras No. 360. Nva. Col. del Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

*Asepsia Bucal*

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,  
especialmente útil en el tratamiento de las esto-  
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG. 9816 S.S.A.  
PROP. FF-43

**VEGANIN**

- preparado a base de fosfato de co-  
deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-  
lico, es un valioso auxiliar como an-  
tipirético, antirreumático y sedante  
nervioso, así como para aliviar rápi-  
damente los

*Dolores*

REG. 8862 S.S.A.  
PROP. FF-43

.....  
**CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"**  
**S. A.**

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

# NEO-MELUBRINA

M.R.

## RAPIDO ALIVIO EN EL DOLOR

Analgésico y Antiespasmódico.

Dolores de toda etiología como  
Cólicos hepáticos, nefríticos.

Dolores reumáticos.

En los Dolores del

Carcinoma.

Tabletas y Ampolletas

Su prescripción  
no requiere recetario especial de  
"enervantes"



Regist. 5909 y 7309 S. A.



# Casa Bayer, S. A.

SAN JUAN DE LETRAN 24 APARTADO POSTAL 45 BIS MEXICO, D. F.

Prop. No. FF-66.



# Biostyl



## SUERO HEMOPOYETICO

RECIENTE OBTENIDO DE CABALLOS  
JOVENES Y VIGOROSOS

Indicado en:  
ANEMIAS, AGOTAMIENTOS, CONVALESCENCIA  
TRASTORNOS GASTRO INTESTINALES

Reg. No. 23135 S. S. A.



*E. Behring*  
E.V. BEHRING

## Casa Bayer, S. A.

SAN JUAN DE LETRAN 24

APARTADO 45 BIS

MEXICO, D.F.

# NEO-MELUBRINA

M.R.

## RAPIDO ALIVIO EN EL DOLOR

Analgésico y Antiespasmódico.

Dolores de toda etiología como  
Cólicos hepáticos, nefríticos.

Dolores reumáticos.

En los Dolores del  
Carcinoma.

Tabletas y Ampolletas

Su prescripción  
no requiere recetario especial de  
"enervantes"



Regist. 5909 y 7309 S. A.



# Casa Bayer, S. A.

SAN JUAN DE LETRAN 24 APARTADO POSTAL 45 BIS MEXICO, D. F.

Prop. No. FF-66.

# Biostyl



## SUERO HEMOPOYETICO

RECIENTE OBTENIDO DE CABALLOS  
JOVENES Y VIGOROSOS

Indicado en:  
ANEMIAS, AGOTAMIENTOS, CONVALESCENCIA  
TRASTORNOS GASTRO INTESTINALES

Reg. No. 23135 S. S. A.



*E. Behring*  
E.V. BEHRING

## Casa Bayer, S. A.

SAN JUAN DE LETRAN 24

APARTADO 45 BIS

MEXICO, D.F.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen  
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el  
más reciente antibiótico descubierto.*

## CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

*Para el tratamiento de:*

- Fiebre de malta.  
Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-  
tentes (especialmente estafilocos).
- Infecciones causadas por organis-  
mos coli-aerogenes.  
Fiebre de Queensland.  
Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

**Laboratorios Lederle, S. A.**

Fray Servando Teresa de Mier No. 120

MEXICO, D. F. (Esquina con Isabel la Católica)

TEL. 36-70-59

# S U M A R I O:

|  |      |
|--|------|
| FISTULAS CONGENITAS PREAURICULARES (FISTULA AURIS CONGENITA).—Por el Académico Dr. Fernando Meléndez. Comentario por el Académico Dr. Angel Sciandra. ....   | 161  |
| CONSIDERACIONES SOBRE URETERO-COLOSTOMIA TECNICA DE LAS ANASTOMOSIS URETERO SIGMOIDEO FUERA DE LA CAVIDAD PERITONIAL.—Por el Académico Dr. Javier Longoria. ....   | 175  |
| JOHN HUNTER 1728-93.—Por Douglas Guthrie. ....   | 190  |
| LOS ORIGINALES Y EL CAMPO DE ACTIVIDAD DE LA CARRERA, ORIGINALMENTE INDEPENDIENTE, DEL CIRUJANO, EN LA NUEVA ESPAÑA. HASTA SU FUSION CON EL DE MEDICINA, EN EL MEXICO YA INDEPENDIENTE.—Por el Profesor Dr. J. Joaquín Izquierdo. .... | 204  |
| CORISTOMAS DESARROLLADOS EN LA CICATRIZ UMBILICAL.—Por el Académico Clemente Villaseñor. ....  | 214. |

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,  
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

### Precios:

|                                   | Ejemplar.           | Abono anual. | Núms. atrasados |
|-----------------------------------|---------------------|--------------|-----------------|
| En México, . . . . .              | \$ 4.00             | \$ 20.00     | \$ 5.00         |
| En el extranjero . . . . .        | Equivalente en Dls. |              |                 |
| Para estudiantes mitad de precio. |                     |              |                 |

SE SOLICITA CANJE.  
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.  
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen  
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el  
más reciente antibiótico descubierto.*

## CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

*Para el tratamiento de:*

- Fiebre de malta.  
Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-  
tentes (especialmente estafilocos).
- Infecciones causadas por organis-  
mos coli-aerogenes.  
Fiebre de Queensland.  
Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

**Laboratorios Lederle, S. A.**

Fray Servando Teresa de Mier No. 120

MEXICO, D. F. (Esquina con Isabel la Católica)

TEL. 36-70-59



# S U M A R I O:

|  |      |
|--|------|
| FISTULAS CONGENITAS PREAURICULARES (FISTULA AURIS CONGENITA).—Por el Académico Dr. Fernando Meléndez. Comentario por el Académico Dr. Angel Sciandra. ....   | 161  |
| CONSIDERACIONES SOBRE URETERO-COLOSTOMIA TECNICA DE LAS ANASTOMOSIS URETERO SIGMOIDEO FUERA DE LA CAVIDAD PERITONIAL.—Por el Académico Dr. Javier Longoria. ....   | 175  |
| JOHN HUNTER 1728-93.—Por Douglas Guthrie. ....   | 190  |
| LOS ORIGINALES Y EL CAMPO DE ACTIVIDAD DE LA CARRERA, ORIGINALMENTE INDEPENDIENTE, DEL CIRUJANO, EN LA NUEVA ESPAÑA, HASTA SU FUSION CON EL DE MEDICINA, EN EL MEXICO YA INDEPENDIENTE.—Por el Profesor Dr. J. Joaquín Izquierdo. .... | 204  |
| CORISTOMAS DESARROLLADOS EN LA CICATRIZ UMBILICAL.—Por el Académico Clemente Villaseñor. ....  | 214. |

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,  
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

### Precios:

|                                   | Ejemplar.           | Abono anual. | Núms. atrasados |
|-----------------------------------|---------------------|--------------|-----------------|
| En México, . . . . .              | \$ 4.00             | \$ 20.00     | \$ 5.00         |
| En el extranjero . . . . .        | Equivalente en Dls. |              |                 |
| Para estudiantes mitad de precio. |                     |              |                 |

SE SOLICITA CANJE.  
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.  
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.

# VIACILINA

## PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

## VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

**Sin aceite** — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

**Sin cera** — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

**Estabilidad** — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

**Efectividad terapéutica** — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

*Wyeth-Stillé, S. A.*

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,  
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80

MEXICO, D. F.



# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

Abril de 1949

Número 4

## Fístulas Congénitas Preauriculares

(Fistula Auris Congénita)

*Por el Académico, Dr. FERNANDO MELENDEZ*

El estudio que presento hoy a la consideración de la H. Academia Mexicana de Cirugía, se refiere a un padecimiento de relativa frecuencia y sobre el cual debo llamar la atención, porque enfermos portadores de él durante una etapa más o menos larga de la vida pueden llevar esta afección sin que presenten sintomatología aparente de ninguna clase y pueden, en un momento dado, convertir su padecimiento en un accidente agudo y doloroso que les hace recordar aquello que en apariencia nunca tuvo importancia para ellos y sus familiares: me refiero a las Fístulas Congénitas Preauriculares.

En todos los tratados de anatomía y libros de la especialidad, se citan como casos curiosos en el capítulo de las malformaciones congénitas, las fistulas preauriculares llamadas también Fístulas Auris, Conductos Fístulosos Congénitos.

La herencia tiene un gran papel sobre estas anomalías o defectos congénitos, así como sobre todas las malformaciones del oído externo

# VIACILINA

## PENICILINA PROCAINA "G" PARA INYECCION ACUOSA

Cada frasco de VIACILINA contiene suficiente cantidad de Procaína Penicilina "G" en polvo para la administración de 5 dosis de 1 c.c. de 300,000 U. cada dosis.

## VIACILINA *presenta las siguientes ventajas:*

**Sin aceite** — evita la formación de nódulos y las reacciones de sensibilidad al aceite.

**Sin cera** — evita el dolor en el lugar de la inyección y el peligro de lesionar los tejidos.

**Estabilidad** — la VIACILINA se suministra en forma seca. Cuando se agregan 5 c.c. del diluyente al frasco de VIACILINA la suspensión que resulta contiene 300,000 U. por c.c. y conserva su potencia sin necesidad de ser refrigerada por un periodo de 7 días.

**Efectividad terapéutica** — una inyección de 1 c.c. de VIACILINA (300,000 U.) mantiene niveles terapéuticos efectivos en la sangre por 24 horas en la mayoría de los casos.

Reg. No. 32945 S. S. A. Prop. No. Ff. 18

*Wyeth-Stillé, S. A.*

*Laboratorios de Productos Farmacéuticos,  
Nutritivos y Biológicos.*

TELEFONOS: 18-17-91 y 35-69-48.

VERSALLES 80

MEXICO, D. F.



# Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

Abril de 1949

Número 4

## Fístulas Congénitas Preauriculares

(Fistula Auris Congénita)

*Por el Académico, Dr. FERNANDO MELENDEZ*

El estudio que presento hoy a la consideración de la H. Academia Mexicana de Cirugía, se refiere a un padecimiento de relativa frecuencia y sobre el cual debo llamar la atención, porque enfermos portadores de él durante una etapa más o menos larga de la vida pueden llevar esta afección sin que presenten sintomatología aparente de ninguna clase y pueden, en un momento dado, convertir su padecimiento en un accidente agudo y doloroso que les hace recordar aquello que en apariencia nunca tuvo importancia para ellos y sus familiares: me refiero a las Fístulas Congénitas Preauriculares.

En todos los tratados de anatomía y libros de la especialidad, se citan como casos curiosos en el capítulo de las malformaciones congénitas, las fístulas preauriculares llamadas también Fístulas Auris, Conductos Fístulosos Congénitos.

La herencia tiene un gran papel sobre estas anomalías o defectos congénitos, así como sobre todas las malformaciones del oído externo

y del canal auditivo, citándose numerosos miembros de una familia que presentan estas anomalías; este defecto puede variar desde un tubérculo accesorio a una fistula o toda la gama de deformidades auriculares, llegando algunas de ellas a producir, desde un principio, la pérdida del órgano externo y la atrepcia del aparato auditivo, originando sorderas congénitas por falta de desarrollo del aparato auditivo. En el caso que voy a tratar de las Fistulas Preauriculares, es excepcional que puedan originar algún trastorno permanente en la agudeza auditiva.

Diferentes causas han sido invocadas durante la vida intrauterina para influir en su aparición, y tal parece que algunos procesos inflamatorios intrauterinos pueden ser causa de estas malformaciones, impidiendo o desviando el desarrollo necesario y normal del órgano.

Embriológicamente, el oído medio tiene su origen o se desarrolla del primero y segundo arcos branquiales, los cuales también contribuyen a formar los huesecillos, con excepción del estribo que se deriva o proviene del cartilago del segundo arco branquial. La serie de tubérculos que se encuentran en las márgenes de la hendidura o fisura faríngea o mandibular, se desarrollan dentro de la aurícula, y esta hendidura viene a constituir el meato del canal auditivo externo, alrededor del cual se presentan muy frecuentemente los pequeños tubérculos accesorios que pueden ser únicos o múltiples, constituyendo la Polyotia, y que tienen también una gran tendencia a ser comunes en una misma familia. Estos tubérculos son debidos al desarrollo irregular o a la falta de fusión de uno o más de los seis tubérculos iniciales; el tragus se desarrolla primaria o independientemente.

Las Fistulas Congénitas Preauriculares generalmente se encuentran localizadas adelante o frente al tragus, o bien, junto a uno de los tubérculos preauriculares supernumerarios, y dichas fistulas auris congénitas se atribuyen en su formación, como ya dijimos, a la soldadura defectuosa de la primera hendidura branquial, cuya posición en un oído normal está representada por la Trompa de Eustaquio, por el Timpano y por el Meato del conducto auditivo externo; el Tragus se ha desarrollado de los tegumentos que rodean a la fistula o hendidura mencionada.

Estas dos malformaciones congénitas, los tubérculos accesorios o supernumerarios y las Fistulas Preauriculares coexisten a menudo y se



les considera, como ya hemos dicho, defectos de la misma naturaleza, los que en manera alguna afectan el oído interno en lo referente a su función, es decir, no producen sordera.

Como en todo trayecto fistuloso, hay que considerar en las Fístulas Preauriculares su localización, su trayecto y dirección, el orificio de desembocadura o de salida y el extremo opuesto o de inserción, estudiando también las paredes del conducto y su contenido y relación con las partes cercanas.

La localización de las Fístulas Preauriculares Congénitas se hace por la presencia de su orificio de salida, que comunmente se encuentra cerca de la margen del Helix o frente a la espina del mismo Helix; a causa de estas localizaciones predominantes, se les llama Fístulas Preauriculares. El orificio de las fistulas en casi todos los casos es único, pero puede encontrarse otro orificio secundario, como en algunos de los casos que posteriormente mencionaré. Este orificio secundario se hallaba como medio centímetro abajo del primero. Se reconoce fácilmente, porque en este sitio la piel está deprimida, es de coloración más oscura que las cercanías, y cuando hay duda de que se trate de dicho orificio, la introducción de un estilete enseña fácilmente que nos encontramos dentro de un trayecto definido. En la historia clínica No. 3 encontramos fácilmente el primer orificio, pero observando con atención la región y teniendo en cuenta el dicho del paciente, de que siempre había tenido dos orificios, buscamos el otro, siendo localizado un centímetro abajo del primero, casi puntiforme, por el que pasamos una sonda delgada de las usadas por los oculistas para la canalización del conducto lagrimal, la que chocó con el estilete introducido por el orificio principal.

Hay una gran variedad de fistulas preauriculares tanto por su trayecto o dirección, como por su longitud. Las hay que siguen hacia arriba y atrás contorneando el conducto auditivo externo, que son las más frecuentes; pero también se encuentran dirigiéndose hacia atrás directamente al Helix o al Tragus. En el caso de la historia No. 3, el trayecto fistuloso fué seguido hacia abajo sobre la parótida, la que contorneaba terminando en el cuello cerca del borde anterior del músculo externo cleidomastoideo, en la unión del tercio medio con el superior.

y del canal auditivo, citándose numerosos miembros de una familia que presentan estas anomalías; este defecto puede variar desde un tubérculo accesorio a una fistula o toda la gama de deformidades auriculares, llegando algunas de ellas a producir, desde un principio, la pérdida del órgano externo y la atrepcia del aparato auditivo, originando sorderas congénitas por falta de desarrollo del aparato auditivo. En el caso que voy a tratar de las Fistulas Preauriculares, es excepcional que puedan originar algún trastorno permanente en la agudeza auditiva.

Diferentes causas han sido invocadas durante la vida intrauterina para influir en su aparición, y tal parece que algunos procesos inflamatorios intrauterinos pueden ser causa de estas malformaciones, impidiendo o desviando el desarrollo necesario y normal del órgano.

Embriológicamente, el oído medio tiene su origen o se desarrolla del primero y segundo arcos branquiales, los cuales también contribuyen a formar los huesecillos, con excepción del estribo que se deriva o proviene del cartilago del segundo arco branquial. La serie de tubérculos que se encuentran en las márgenes de la hendidura o fisura faríngea o mandibular, se desarrollan dentro de la aurícula, y esta hendidura viene a constituir el meato del canal auditivo externo, alrededor del cual se presentan muy frecuentemente los pequeños tubérculos accesorios que pueden ser únicos o múltiples, constituyendo la Polyotia, y que tienen también una gran tendencia a ser comunes en una misma familia. Estos tubérculos son debidos al desarrollo irregular o a la falta de fusión de uno o más de los seis tubérculos iniciales; el tragus se desarrolla primaria o independientemente.

Las Fistulas Congénitas Preauriculares generalmente se encuentran localizadas adelante o frente al tragus, o bien, junto a uno de los tubérculos preauriculares supernumerarios, y dichas fistulas auris congénitas se atribuyen en su formación, como ya dijimos, a la soldadura defectuosa de la primera hendidura branquial, cuya posición en un oído normal está representada por la Trompa de Eustaquio, por el Timpano y por el Meato del conducto auditivo externo; el Tragus se ha desarrollado de los tegumentos que rodean a la fistula o hendidura mencionada.

Estas dos malformaciones congénitas, los tubérculos accesorios o supernumerarios y las Fistulas Preauriculares coexisten a menudo y se

les considera, como ya hemos dicho, defectos de la misma naturaleza, los que en manera alguna afectan el oído interno en lo referente a su función, es decir, no producen sordera.

Como en todo trayecto fistuloso, hay que considerar en las Fístulas Preauriculares su localización, su trayecto y dirección, el orificio de desembocadura o de salida y el extremo opuesto o de inserción, estudiando también las paredes del conducto y su contenido y relación con las partes cercanas.

La localización de las Fístulas Preauriculares Congénitas se hace por la presencia de su orificio de salida, que comunmente se encuentra cerca de la margen del Helix o frente a la espina del mismo Helix; a causa de estas localizaciones predominantes, se les llama Fístulas Preauriculares. El orificio de las fistulas en casi todos los casos es único, pero puede encontrarse otro orificio secundario, como en algunos de los casos que posteriormente mencionaré. Este orificio secundario se hallaba como medio centímetro abajo del primero. Se reconoce fácilmente, porque en este sitio la piel está deprimida, es de coloración más oscura que las cercanías, y cuando hay duda de que se trate de dicho orificio, la introducción de un estilete enseña fácilmente que nos encontramos dentro de un trayecto definido. En la historia clínica No. 3 encontramos fácilmente el primer orificio, pero observando con atención la región y teniendo en cuenta el dicho del paciente, de que siempre había tenido dos orificios, buscamos el otro, siendo localizado un centímetro abajo del primero, casi puntiforme, por el que pasamos una sonda delgada de las usadas por los oculistas para la canalización del conducto lagrimal, la que chocó con el estilete introducido por el orificio principal.

Hay una gran variedad de fistulas preauriculares tanto por su trayecto o dirección, como por su longitud. Las hay que siguen hacia arriba y atrás contorneando el conducto auditivo externo, que son las más frecuentes; pero también se encuentran dirigiéndose hacia atrás directamente al Helix o al Tragus. En el caso de la historia No. 3, el trayecto fistuloso fué seguido hacia abajo sobre la parótida, la que contorneaba terminando en el cuello cerca del borde anterior del músculo externo cleidomastoideo, en la unión del tercio medio con el superior.

Como se comprende fácilmente, la longitud de las fistulas preauriculares es muy variable, alcanzando dimensiones desde uno o dos centímetros, hasta ocho centímetros o más.

Es sumamente difícil poder diagnosticar desde un principio la dirección y longitud de los trayectos fistulosos, pues aún estando normales o con procesos inflamatorios se confunden con los tejidos cercanos, o bien, se pierden el la profundidad de ellos no obstante que se les siga, palpando su trayecto y dirección: solamente en el momento quirúrgico es cuando la disección cuidadosa a campo abierto nos conduce a la terminación de la fistula preauricular.

La palpación nos enseña, independientemente de la dirección, la consistencia de la fistula y su grosor: se trata de un cordón duro que resbala cuando se palpa, sobre los planos óseos subyacentes; no es elástico y el grosor variable es generalmente el de una arteria de mediano calibre, pero el grosor del cordón disminuye cuando el trayecto se alarga, o bien, en los casos de trayectos secundarios que siempre son menos gruesos que el principal.

La luz del conducto habitualmente es virtual, pero puede estar ocupado por desprendimiento de células epiteliales, constituyendo masas grisáceas untuosas, a veces de mal olor, que están mezcladas con pus. La consecuencia frecuente de las fistulas preauriculares es la retención de su contenido, de su secreción y la inflamación concomitante que se extiende a sus alrededores con las características que señalaré adelante.

La terminación de las fistulas preauriculares, es decir, su orificio interno, también varía de sitio, terminando ya sea en el mismo pabellón, insertada en el cartilago de la concha auricular, dentro del canal auditivo externo, en el oído medio o en la región cervical, etc.

La marcha y evolución de las fistulas preauriculares generalmente es de larga duración; permanecen insospechadas durante períodos de tiempo muy grandes y a veces no dan ninguna manifestación de su existencia; sólo el paciente tiene conocimiento de ellas, pues sabe que toda su vida ha tenido un pequeño orificio preauricular al que nunca le ha dado importancia y pasa inadvertida su presencia; en algunos casos el enfermo sospecha que tiene algo anormal, principia a examinarse y sien-

te el cordón duro que trata de seguir y de exprimir, confundiéndolo con un simple comedón. La repetición de los traumatismos origina un lugar de menor resistencia; los gérmenes vulgares pasan a través del orificio inflamado por el trauma, que posteriormente se cierra, constituyendo una cavidad cerrada con todas las características del absceso caliente. En otras ocasiones no hay ningún traumatismo; es la misma secreción acumulada en el transcurso del tiempo la que distiende las paredes del conducto fistuloso, formando la cavidad cerrada y originando el absceso caliente con todas las modalidades y características de las colecciones supuradas vulgares: hinchazón de la región preauricular, que puede extenderse hacia las regiones temporal y mastoidea, o bien, hacia abajo y adelante en la región parotidea o lateral del cuello, dando en este caso la impresión de una Mastoiditis de Besold. Como decimos, este empaquetamiento está en razón directa del trayecto que sigue el cordón de la fístula preauricular. La piel de la región afectada sufre cambio de coloración; se enrojece principalmente en el sitio que corresponde al orificio externo y a sus cercanías, se pone tensa, los tejidos subyacentes se infiltran; en casos avanzados se obtiene la sensación de fluctuación, tan conocida como característica de los abscesos calientes.

A estos fenómenos objetivos hay que agregar la sensación de tensión que en un principio tiene el paciente, acompañada de dolores punzantes que se van acentuando a medida que la evolución del absceso progresa; la presión es dolorosa, localizada también, al principio, en el lugar del orificio y posteriormente se extiende a toda la región infiltrada.

Naturalmente, también se encuentran los fenómenos generales propios de las infecciones agudas supuradas, que varían en intensidad; la fiebre en su iniciación es relativamente alta (37.5), pero bien pronto adquiere la curvatura de grandes agujas (hasta 40 grados), con remisiones matutinas; hay calosfrío y el mal estado general es más o menos acentuado.

El cuadro clínico se impone para el diagnóstico de colección supurada aguda; los antecedentes y el examen local nos conducen a admitir que este absceso se ha formado en un trayecto fistuloso preauricular congénito e infectado.

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con los ab-

Como se comprende fácilmente, la longitud de las fistulas preauriculares es muy variable, alcanzando dimensiones desde uno o dos centímetros, hasta ocho centímetros o más.

Es sumamente difícil poder diagnosticar desde un principio la dirección y longitud de los trayectos fistulosos, pues aún estando normales o con procesos inflamatorios se confunden con los tejidos cercanos, o bien, se pierden el la profundidad de ellos no obstante que se les siga, palpando su trayecto y dirección: solamente en el momento quirúrgico es cuando la disección cuidadosa a campo abierto nos conduce a la terminación de la fistula preauricular.

La palpación nos enseña, independientemente de la dirección, la consistencia de la fistula y su grosor: se trata de un cordón duro que resbala cuando se palpa, sobre los planos óseos subyacentes; no es elástico y el grosor variable es generalmente el de una arteria de mediano calibre, pero el grosor del cordón disminuye cuando el trayecto se alarga, o bien, en los casos de trayectos secundarios que siempre son menos gruesos que el principal.

La luz del conducto habitualmente es virtual, pero puede estar ocupado por desprendimiento de células epiteliales, constituyendo masas grisáceas untuosas, a veces de mal olor, que están mezcladas con pus. La consecuencia frecuente de las fistulas preauriculares es la retención de su contenido, de su secreción y la inflamación concomitante que se extiende a sus alrededores con las características que señalaré adelante.

La terminación de las fistulas preauriculares, es decir, su orificio interno, también varía de sitio, terminando ya sea en el mismo pabellón, insertada en el cartilago de la concha auricular, dentro del canal auditivo externo, en el oído medio o en la región cervical, etc.

La marcha y evolución de las fistulas preauriculares generalmente es de larga duración; permanecen insospechadas durante períodos de tiempo muy grandes y a veces no dan ninguna manifestación de su existencia; sólo el paciente tiene conocimiento de ellas, pues sabe que toda su vida ha tenido un pequeño orificio preauricular al que nunca le ha dado importancia y pasa inadvertida su presencia; en algunos casos el enfermo sospecha que tiene algo anormal, principia a examinarse y sien-



te el cordón duro que trata de seguir y de exprimir, confundiéndolo con un simple comedón. La repetición de los traumatismos origina un lugar de menor resistencia; los gérmenes vulgares pasan a través del orificio inflamado por el trauma, que posteriormente se cierra, constituyendo una cavidad cerrada con todas las características del absceso caliente. En otras ocasiones no hay ningún traumatismo; es la misma secreción acumulada en el transcurso del tiempo la que distiende las paredes del conducto fistuloso, formando la cavidad cerrada y originando el absceso caliente con todas las modalidades y características de las colecciones supuradas vulgares: hinchazón de la región preauricular, que puede extenderse hacia las regiones temporal y mastoidea, o bien, hacia abajo y adelante en la región parotídea o lateral del cuello, dando en este caso la impresión de una Mastoiditis de Besold. Como decimos, este empaquetamiento está en razón directa del trayecto que sigue el cordón de la fístula preauricular. La piel de la región afectada sufre cambio de coloración; se enrojece principalmente en el sitio que corresponde al orificio externo y a sus cercanías, se pone tensa, los tejidos subyacentes se infiltran; en casos avanzados se obtiene la sensación de fluctuación, tan conocida como característica de los abscesos calientes.

A estos fenómenos objetivos hay que agregar la sensación de tensión que en un principio tiene el paciente, acompañada de dolores punzantes que se van acentuando a medida que la evolución del absceso progresa; la presión es dolorosa, localizada también, al principio, en el lugar del orificio y posteriormente se extiende a toda la región infiltrada.

Naturalmente, también se encuentran los fenómenos generales propios de las infecciones agudas supuradas, que varían en intensidad; la fiebre en su iniciación es relativamente alta (37.5), pero bien pronto adquiere la curvatura de grandes agujas (hasta 40 grados), con remisiones matutinas; hay calosfrío y el mal estado general es más o menos acentuado.

El cuadro clínico se impone para el diagnóstico de colección supurada aguda; los antecedentes y el examen local nos conducen a admitir que este absceso se ha formado en un trayecto fistuloso preauricular congénito e infectado.

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con los ab-

cesos perimastoideos consecutivos a otitis supuradas agudas o crónicas, estableciéndolo por la falta de antecedentes óticos y por el examen otoscópico que enseña una membrana timpánica normal o ligeramente congestionada. Con las Mastoiditis de Besold se hace el diagnóstico porque igualmente faltan los datos óticos. Con las parotiditis supuradas se diferencian también por los antecedentes y el estudio cuidadoso de la región parotídea que se revela normal.

Pero no siempre el caso tiene las características descritas en el párrafo anterior; otra modalidad puede encontrarse, es la siguiente: el paciente se ha dado cuenta toda su vida de que tiene un orificio situado adelante del oído, que periódicamente escurre líquido de consistencia variable; la expresión de este orificio algunas veces aumenta al escurrimiento agotándolo hasta que después de un tiempo variable vuelve a hacerse notable por el mismo líquido que en ocasiones es mal oliente; hay algunos casos en que al practicar la expresión, salen a través del orificio pequeñas masas de consistencia untuosa, amarillentas o grisáceas, sanguinolentas y de mal olor. El paciente ocurre al médico demandando la extirpación de esta molestia, y es entonces cuando se establece el diagnóstico de *Fistula Congénita Preauricular*.

La evolución del padecimiento cuando adquirió las características del absceso caliente y cuando se le abandona a su propia resolución, es la abertura espontánea, vaciándose el contenido purulento pero persistiendo la fistula que después de algún tiempo puede tener las mismas consecuencias señaladas antes. Cuando la *Fistula Congénita Preauricular* no ha dado formación de colección sino que entra en la descripción formulada para las fistulas que secretan periódicamente, su evolución y persistencia es indefinida y pueden terminar con complicaciones como erisipela, impétigo vulgar, llegando al absceso que obliga a intervención quirúrgica inmediata.

Por sí solas las fistulas congénitas preauriculares no entrañan ningún peligro para la vida de sus portadores, salvo que infecciones secundarias provocadas por retención o por traumatismos directos las coloquen dentro de la categoría de padecimientos supurados no canalizados o mal canalizados. Nosotros, en nuestra estadística, tenemos algunos casos con tales anomalías, a los que he seguido por más de vein-

## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

te años en los que accidentalmente se ha descubierto el orificio de estas fistulas que llevan sin ninguna manifestación aparente o subjetiva, razón por la que se han negado sistemáticamente a cualesquier maniobra quirúrgica.

El tratamiento para las Fístulas Congénitas Preauriculares es y debe ser siempre la extirpación quirúrgica total del conducto fistuloso. La simple desbridación y canalización de los abscesos, la desbridación del orificio externo, solamente, son intervenciones incompletas y deben ser continuadas inmediatamente con la extirpación absoluta del trayecto, so pena de volver nuevamente a la reincidencia de todos los trastornos que se trata de combatir.

La abscisión completa de las fistulas en algunos casos, es una intervención de gran duración y laboriosa, principalmente en aquellos que tienen terminaciones muy largas y alejadas ya sea en el cuello (faringe), o las que desembocan en el cido medio; sin embargo, siempre debe intentarse esta extirpación completa para que el tratamiento sea radical en su ejecución y en el fin que se persigue.

Tratar de describir alguna técnica especial es imposible, pues la dirección misma de las fistulas, su extensión y las relaciones con los órganos cercanos, hacen muy disímula la técnica quirúrgica. Es directamente sobre la mesa de operaciones, donde deben resolverse todos los problemas que se presenten en la ejecución de esta operación.

Algunos autores mencionan el tratamiento que llaman conservador, refiriéndose a la destrucción galvánica de estas fistulas.

## HISTORIA CLINICA NUMERO 1.

Niño G. G., de 12 años de edad, hijo de un médico.

De buena constitución física y mental; de padres sanos y sin antecedentes patológicos personales de importancia, fué presentado a la consulta en el mes de julio del año de 1948. Según informó la mamá, dos tres días antes principió con dolores que localizaba en el oído derecho, dolores aislados de mediana intensidad al principio, pero que han ido

cesos perimastoideos consecutivos a otitis supuradas agudas o crónicas, estableciéndolo por la falta de antecedentes óticos y por el examen otoscópico que enseña una membrana timpánica normal o ligeramente congestionada. Con las Mastoiditis de Besold se hace el diagnóstico porque igualmente faltan los datos óticos. Con las parotiditis supuradas se diferencian también por los antecedentes y el estudio cuidadoso de la región parotídea que se revela normal.

Pero no siempre el caso tiene las características descritas en el párrafo anterior; otra modalidad puede encontrarse, es la siguiente: el paciente se ha dado cuenta toda su vida de que tiene un orificio situado adelante del oído, que periódicamente escurre líquido de consistencia variable; la expresión de este orificio algunas veces aumenta al escurrimiento agotándolo hasta que después de un tiempo variable vuelve a hacerse notable por el mismo líquido que en ocasiones es mal oliente; hay algunos casos en que al practicar la expresión, salen a través del orificio pequeñas masas de consistencia untuosa, amarillentas o grisáceas, sanguinolentas y de mal olor. El paciente ocurre al médico demandando la extirpación de esta molestia, y es entonces cuando se establece el diagnóstico de *Fistula Congénita Preauricular*.

La evolución del padecimiento cuando adquirió las características del absceso caliente y cuando se le abandona a su propia resolución, es la abertura espontánea, vaciándose el contenido purulento pero persistiendo la fistula que después de algún tiempo puede tener las mismas consecuencias señaladas antes. Cuando la *Fistula Congénita Preauricular* no ha dado formación de colección sino que entra en la descripción formulada para las fistulas que secretan periódicamente, su evolución y persistencia es indefinida y pueden terminar con complicaciones como erisipela, impétigo vulgar, llegando al absceso que obliga a intervención quirúrgica inmediata.

Por sí solas las fistulas congénitas preauriculares no entrañan ningún peligro para la vida de sus portadores, salvo que infecciones secundarias provocadas por retención o por traumatismos directos las coloquen dentro de la categoría de padecimientos supurados no canalizados o mal canalizados. Nosotros, en nuestra estadística, tenemos algunos casos con tales anomalías, a los que he seguido por más de vein-

## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

te años en los que accidentalmente se ha descubierto el orificio de estas fistulas que llevan sin ninguna manifestación aparente o subjetiva, razón por la que se han negado sistemáticamente a cualesquier maniobra quirúrgica.

El tratamiento para las Fístulas Congénitas Preauriculares es y debe ser siempre la extirpación quirúrgica total del conducto fistuloso. La simple desbridación y canalización de los abscesos, la desbridación del orificio externo, solamente, son intervenciones incompletas y deben ser continuadas inmediatamente con la extirpación absoluta del trayecto, so pena de volver nuevamente a la reincidencia de todos los trastornos que se trata de combatir.

La abscisión completa de las fistulas en algunos casos, es una intervención de gran duración y laboriosa, principalmente en aquellos que tienen terminaciones muy largas y alejadas ya sea en el cuello (faringe), o las que desembocan en el cido medio; sin embargo, siempre debe intentarse esta extirpación completa para que el tratamiento sea radical en su ejecución y en el fin que se persigue.

Tratar de describir alguna técnica especial es imposible, pues la dirección misma de las fistulas, su extensión y las relaciones con los órganos cercanos, hacen muy disímula la técnica quirúrgica. Es directamente sobre la mesa de operaciones, donde deben resolverse todos los problemas que se presenten en la ejecución de esta operación.

Algunos autores mencionan el tratamiento que llaman conservador, refiriéndose a la destrucción galvánica de estas fistulas.

## HISTORIA CLINICA NUMERO 1.

Niño G. G., de 12 años de edad, hijo de un médico.

De buena constitución física y mental; de padres sanos y sin antecedentes patológicos personales de importancia, fué presentado a la consulta en el mes de julio del año de 1948. Según informó la mamá, dos tres días antes principió con dolores que localizaba en el oído derecho, dolores aislados de mediana intensidad al principio, pero que han ido

aumentando en frecuencia e intensidad, acompañados de punzadas que le hacían llorar; había fiebre de 38 grados, vespertina. Como este niño había tenido antecedentes de Otitis catarrales de repetición, sin llegar a la supuración, pensaron en un nuevo ataque ótico inflamatorio de origen catarral y se le instituyó el tratamiento habitual por sulfas e insilaciones en el oído, sin que tuviera ningún alivio; al contrario, principió a inflamarse la región preauricular, extendiéndose dicha hinchazón a la región temporal y retroauricular, adquiriendo tres días después una gran infiltración que les hizo pensar que se trataba de una mastoiditis aguda con formación ya, de un absceso superióstico, con la alarma natural en estos casos. Me fué presentado el enfermito, procediendo al examen que me dió el resultado siguiente: toda la región preauricular, temporal y parte superior de la mastoidea derecha, estaban grandemente abultadas y tal hinchazón casi cerraba el ojo derecho, la coloración roja amoratada en la región preauricular se extendía hacia adelante, hacia arriba y hacia atrás, disminuyendo en intensidad; había falsa fluctuación en toda el área infiltrada y un empastamiento duro y muy doloroso a la presión en la región preauricular, lo que nos hizo prestar mayor atención a este sitio, encontrando un orificio pequeño de coloración negra y del tamaño de una cabeza de alfiler, por el que no salía ningún escurrimiento a pesar de la expresión. Examinado el conducto auditivo externo, encontramos disminuido el calibre del meato, pero el aspecto de las paredes aparecía completamente normal, así como la membrana timpánica con su coloración y forma normales y persistiendo su reflejo luminoso; no había fenómenos catarrales naso-faríngeos y la temperatura era de 38.5 grados.

Insistimos con sus familiares si alguna vez había tenido escurrimiento por el orificio preauricular encontrado, y se me informó que nunca habían visto nada anormal, ni siquiera dicho orificio, que si alguna vez les llamó la atención, no le dieron ninguna importancia.

Resumiendo los datos encontrados por la exploración y el interrogatorio que poco aclaraba, llegamos a la conclusión de que se trataba de una infección aguda por retención en un trayecto fistuloso preauricular congénito, rechazando absolutamente la idea de mastoiditis aguda o de



## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

absceso superióstico de origen ótico, por ser negativos todos los datos de la exploración auricular. Rechazamos también la idea de una forunculosis del conducto auditivo externo en su pared anterior o superior, por encontrarse en perfectas condiciones la piel del conducto.

Establecido el diagnóstico anterior, se planteó la intervención quirúrgica que se efectuó al siguiente día en el Sanatorio Español. Se procedió en la forma siguiente:

Practicamos una incisión preauricular en forma de arco, como de cuatro centímetros de extensión, con concavidad para atrás y que terminaba en la parte inferior de la región temporal derecha. Se incindió la piel y el tejido celular, obteniendo la salida de pus amarillo-verdoso, espeso y bien ligado, en cantidad de cinco centímetros cúbicos. Como el principio de la incisión estaba un poco abajo del orificio preauricular, se procedió a explorar con el tacto el trayecto fistuloso, encontrando un cordón duro, grueso, que se dirigía en profundidad hasta la aponeurosis temporal, continuándose hacia arriba y atrás, contorneando la inserción del pabellón y que terminaba profundamente adherido o insertado en la cara posterior de la concha auricular; con las tijeras se fué esculpiendo y disecando el trayecto de este cordón duro y grueso, extirpándolo completamente junto con el fragmento del cartilago de la concha auricular en donde terminaba. No hubo necesidad de ampliar más la incisión original, pues en este sitio los tejidos se dejan distender y nos dieron siempre un amplio campo quirúrgico aumentado con los ganchos separadores. Se efectuó la toilette de la herida, se aplicaron polvos de sulfatiazol y cerramos la herida con puntos separados de catgut, dejando una pequeña canalización con gasa en el principio de la incisión en la región preauricular. Se prescribió medio millón de unidades de penicilina. La longitud de la fistula extirpada era de cinco centímetros, en su extremo anterior dilatada y con masas de grasa y pus de mal olor; el resto no contenía nada. Dos días después se quitó la canalización y una semana después estaba completamente curado.

## HISTORIA CLINICA NUMERO 2.

Joven B. J. de 25 años de edad. de constitución media, sin antecedentes personales y hereditarios de importancia, fué visto en la con-



aumentando en frecuencia e intensidad, acompañados de punzadas que le hacían llorar; había fiebre de 38 grados, vespertina. Como este niño había tenido antecedentes de Otitis catarrales de repetición, sin llegar a la supuración, pensaron en un nuevo ataque ótico inflamatorio de origen catarral y se le instituyó el tratamiento habitual por sulfas e insilaciones en el oído, sin que tuviera ningún alivio; al contrario, principió a inflamarse la región preauricular, extendiéndose dicha hinchazón a la región temporal y retroauricular, adquiriendo tres días después una gran infiltración que les hizo pensar que se trataba de una mastoiditis aguda con formación ya, de un absceso superióstico, con la alarma natural en estos casos. Me fué presentado el enfermito, procediendo al examen que me dió el resultado siguiente: toda la región preauricular, temporal y parte superior de la mastoidea derecha, estaban grandemente abultadas y tal hinchazón casi cerraba el ojo derecho, la coloración roja amoratada en la región preauricular se extendía hacia adelante, hacia arriba y hacia atrás, disminuyendo en intensidad; había falsa fluctuación en toda el área infiltrada y un empastamiento duro y muy doloroso a la presión en la región preauricular, lo que nos hizo prestar mayor atención a este sitio, encontrando un orificio pequeño de coloración negra y del tamaño de una cabeza de alfiler, por el que no salía ningún escurrimiento a pesar de la expresión. Examinado el conducto auditivo externo, encontramos disminuido el calibre del meato, pero el aspecto de las paredes aparecía completamente normal, así como la membrana timpánica con su coloración y forma normales y persistiendo su reflejo luminoso; no había fenómenos catarrales naso-faríngeos y la temperatura era de 38.5 grados.

Insistimos con sus familiares si alguna vez había tenido escurrimiento por el orificio preauricular encontrado, y se me informó que nunca habían visto nada anormal, ni siquiera dicho orificio, que si alguna vez les llamó la atención, no le dieron ninguna importancia.

Resumiendo los datos encontrados por la exploración y el interrogatorio que poco aclaraba, llegamos a la conclusión de que se trataba de una infección aguda por retención en un trayecto fistuloso preauricular congénito, rechazando absolutamente la idea de mastoiditis aguda o de

## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

absceso superióstico de origen ótico, por ser negativos todos los datos de la exploración auricular. Rechazamos también la idea de una forunculosis del conducto auditivo externo en su pared anterior o superior, por encontrarse en perfectas condiciones la piel del conducto.

Establecido el diagnóstico anterior, se planteó la intervención quirúrgica que se efectuó al siguiente día en el Sanatorio Español. Se procedió en la forma siguiente:

Practicamos una incisión preauricular en forma de arco, como de cuatro centímetros de extensión, con concavidad para atrás y que terminaba en la parte inferior de la región temporal derecha. Se incindió la piel y el tejido celular, obteniendo la salida de pus amarillo-verdoso, espeso y bien ligado, en cantidad de cinco centímetros cúbicos. Como el principio de la incisión estaba un poco abajo del orificio preauricular, se procedió a explorar con el tacto el trayecto fistuloso, encontrando un cordón duro, grueso, que se dirigía en profundidad hasta la aponeurosis temporal, continuándose hacia arriba y atrás, contorneando la inserción del pabellón y que terminaba profundamente adherido o insertado en la cara posterior de la concha auricular; con las tijeras se fué esculpiendo y disecando el trayecto de este cordón duro y grueso, extirpándolo completamente junto con el fragmento del cartilago de la concha auricular en donde terminaba. No hubo necesidad de ampliar más la incisión original, pues en este sitio los tejidos se dejan distender y nos dieron siempre un amplio campo quirúrgico aumentado con los ganchos separadores. Se efectuó la toilette de la herida, se aplicaron polvos de sulfatiazol y cerramos la herida con puntos separados de catgut, dejando una pequeña canalización con gasa en el principio de la incisión en la región preauricular. Se prescribió medio millón de unidades de penicilina. La longitud de la fistula extirpada era de cinco centímetros, en su extremo anterior dilatada y con masas de grasa y pus de mal olor; el resto no contenía nada. Dos días después se quitó la canalización y una semana después estaba completamente curado.

## HISTORIA CLINICA NUMERO 2.

Joven B. J. de 25 años de edad. de constitución media, sin antecedentes personales y hereditarios de importancia, fué visto en la con-

sulta en el mes de noviembre de 1947. Informó lo siguiente: Estando próximo a contraer matrimonio, se hizo practicar un examen médico general y sus reacciones serológicas, encontrando el médico que lo examinó que estaba en perfectas condiciones físicas y que sus reacciones eran negativas, aconsejándole que se practicara la extirpación de un tubérculo accesorio que tenía en el oído izquierdo, y que se le examinara un punto situado abajo del tubérculo, por el que escurría constantemente unas gotas de líquido seroso de olor fétido. Al practicar el examen de la región, encontré, efectivamente, un tubérculo que nacía en el borde del Tragus, implantado en el cartilago, en una extensión de un centímetro y con longitud de uno y medio centímetro, de consistencia cartilaginosa; levantándolo se encontraba un pequeño orificio y la palpación demostró la continuidad de un cordón duro que se dirigía hacia abajo y atrás, perdiéndose en la región retroauricular; exprimiendo salían algunas gotas de líquido con las características que señaló el paciente. El resto del oído se encontraba normal.

Planteado el diagnóstico de *Fistula Congénita Preauricular* y de *Tubérculo Congénito Accesorio*, procedimos al tratamiento quirúrgico, usando la anestesia local; se extirpó primeramente el tubérculo que era una continuación del cartilago del Tragus, e inmediatamente después procedimos a la extirpación de la fistula que tenía una longitud de cinco centímetros y terminaba insertada en el cartilago de la concha en su cara mastoidea. Abierto el canal de la fistula, estaba lleno de masas grasosas y mal olientes. Se dejó una pequeña canalización que se retiró a los tres días, cicatrizando las dos heridas quirúrgicas en diez días.

### HISTORIA CLINICA NUMERO 3.

Sr. Lic. Z., de 40 años de edad, natural del Estado de Oaxaca, de constitución gruesa, sin antecedentes de importancia, fué atendido en el Consultorio a principios del año de 1946.

Se presentó quejándose de dolores e hinchazón en la región preauricular y parotidea izquierdas, apirético, informándonos que era la tercera o cuarta vez que sufría del oído a consecuencia de dos pequeñas espinillas que tenía delante del oído, las que se le infectaban con perio-

#### FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

dicidad a pesar de que él las exprimía tratando de extirparlas completamente, lo que no podía conseguir sino en cierta manera, saliendo algunas masas amarillentas; pero que pasado algún tiempo volvían a llenarse, repitiendo el experimento.

Examinado, encontramos dos pequeños orificios asentados sobre los tegumentos infiltrados de la región preauricular y parotídea izquierda; como no había por el momento fenómenos de renitencia que hicieran pensar en una colección ya formada que ameritara canalizarse inmediatamente, prescribimos revulsivos calientes y la administración de sulfas, esperando que se mitigara el proceso agudo, proponiendo intervención quirúrgica y manifestándole que no se trataba, como él pensaba, de simples espinillas (comedones) infectadas, sino que se trataba de dos fistulas congénitas preauriculares. Algunos días después, ya pasado el periodo agudo y bajo anestesia local, procedí a la exploración de los trayectos, introduciendo a través de ellos dos sondas delgadas, observando que el trayecto superior, se continuaba después de un recorrido de un centímetro y medio con el fistuloso inferior, es decir, en forma de Y; después de unidas en un solo canal, éste se prolonga hacia abajo y atrás, pasando sobre la glándula parótida que la contorneaba terminando en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en su tercio superior; tenía una longitud como de seis centímetros; su extirpación fué laboriosa por estar íntimamente adherida al tejido de la glándula parótida; el canal estaba ocupado por detritus epiteliales sanguinolentos. Se practicó la toilette, espolvoreando polvo de sulfatiazol y cerrando completamente con puntos separados. Cicatrizó sin complicaciones.

#### *Comentario Por el Académico Dr. Angel Sciandra.*

El trabajo que en esta sesión nos ha presentado el Sr. Académico Dr. Fernando Meléndez, y que por acuerdo del Cuerpo Directivo de esta Academia, voy a tener el agrado de comentar, es a mi juicio un trabajo muy interesante desde todos puntos de vista, pero en lo particular, por que es verdadera fortuna poder observar y tratar algunos casos de Fistula Auris Congénita, como los que nos relata clínicamente

sulta en el mes de noviembre de 1947. Informó lo siguiente: Estando próximo a contraer matrimonio, se hizo practicar un examen médico general y sus reacciones serológicas, encontrando el médico que lo examinó que estaba en perfectas condiciones físicas y que sus reacciones eran negativas, aconsejándole que se practicara la extirpación de un tubérculo accesorio que tenía en el oído izquierdo, y que se le examinara un punto situado abajo del tubérculo, por el que escurría constantemente unas gotas de líquido seroso de olor fétido. Al practicar el examen de la región, encontré, efectivamente, un tubérculo que nacía en el borde del Tragus, implantado en el cartilago, en una extensión de un centímetro y con longitud de uno y medio centímetro, de consistencia cartilaginosa; levantándolo se encontraba un pequeño orificio y la palpación demostró la continuidad de un cordón duro que se dirigía hacia abajo y atrás, perdiéndose en la región retroauricular; exprimiendo salían algunas gotas de líquido con las características que señaló el paciente. El resto del oído se encontraba normal.

Planteado el diagnóstico de Fistula Congénita Preauricular y de Tubérculo Congénito Accesorio, procedimos al tratamiento quirúrgico, usando la anestesia local; se extirpó primeramente el tubérculo que era una continuación del cartilago del Tragus, e inmediatamente después procedimos a la extirpación de la fistula que tenía una longitud de cinco centímetros y terminaba insertada en el cartilago de la concha en su cara mastoidea. Abierto el canal de la fistula, estaba lleno de masas grasosas y mal olientes. Se dejó una pequeña canalización que se retiró a los tres días, cicatrizando las dos heridas quirúrgicas en diez días.

### HISTORIA CLINICA NUMERO 3.

Sr. Lic. Z., de 40 años de edad, natural del Estado de Oaxaca, de constitución gruesa, sin antecedentes de importancia, fué atendido en el Consultorio a principios del año de 1946.

Se presentó quejándose de dolores e hinchazón en la región preauricular y parotidea izquierdas, apirético, informándonos que era la tercera o cuarta vez que sufría del oído a consecuencia de dos pequeñas espinillas que tenía delante del oído, las que se le infectaban con perio-

#### FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

dicidad a pesar de que él las exprimía tratando de extirparlas completamente, lo que no podía conseguir sino en cierta manera, saliendo algunas masas amarillentas; pero que pasado algún tiempo volvían a llenarse, repitiendo el experimento.

Examinado, encontramos dos pequeños orificios asentados sobre los tegumentos infiltrados de la región preauricular y parotidea izquierda; como no había por el momento fenómenos de renitencia que hicieran pensar en una colección ya formada que ameritara canalizarse inmediatamente, prescribimos revulsivos calientes y la administración de sulfas, esperando que se mitigara el proceso agudo, proponiendo intervención quirúrgica y manifestándole que no se trataba, como él pensaba, de simples espinillas (comedones) infectadas, sino que se trataba de dos fistulas congénitas preauriculares. Algunos días después, ya pasado el periodo agudo y bajo anestesia local, procedí a la exploración de los trayectos, introduciendo a través de ellos dos sondas delgadas, observando que el trayecto superior, se continuaba después de un recorrido de un centímetro y medio con el fistuloso inferior, es decir, en forma de Y; después de unidas en un solo canal, éste se prolonga hacia abajo y atrás, pasando sobre la glándula parótida que la contorneaba terminando en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en su tercio superior; tenía una longitud como de seis centímetros; su extirpación fué laboriosa por estar íntimamente adherida al tejido de la glándula parótida; el canal estaba ocupado por detritus epiteliales sanguinolentos. Se practicó la toilette, espolvoreando polvo de sulfatiazol y cerrando completamente con puntos separados. Cicatrizó sin complicaciones.

*Comentario Por el Académico Dr. Angel Sciandra.*

El trabajo que en esta sesión nos ha presentado el Sr. Académico Dr. Fernando Meléndez, y que por acuerdo del Cuerpo Directivo de esta Academia, voy a tener el agrado de comentar, es a mi juicio un trabajo muy interesante desde todos puntos de vista, pero en lo particular, por que es verdadera fortuna poder observar y tratar algunos casos de Fístula Auris Congénita, como los que nos relata clínicamente



en forma amena y elocuente, así como por el buen éxito terapéutico, todos motivos suficientes para darle mis parabienes.

Siguiendo el mismo orden de exposición del trabajo de referencia, podemos decir que en relación con la embriología y las causas etiológicas ciertas o probables de esta clase de fistulas preauriculares, así como de todos los defectos y deformidades de los órganos de la audición, parece ser que todos los autores están acordes. En cambio existen amplias discrepancias en lo que se refiere a la frecuencia de tales malformaciones, de modo que cada autor da incidencias diferentes, aun para la misma deformación, e importancia diferente a esas distintas deformidades. Por estos motivos pienso que precisa hacer un estudio minucioso y amplio sobre las taras de los progenitores de los sujetos portadores de estas fistulas, con el fin de aclarar si la sífilis, la tuberculosis u otras causas toman parte importante en su etiología.

Confieso que para mí las fistulas preauriculares, son un padecimiento muy raro y por lo mismo mi experiencia en tal punto de la patología auricular es exigua. En más de veinte años de trabajar como Jefe del Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital de los Ferrocarriles Nacionales de México, donde atiendo un promedio de diez enfermos de primera vez diariamente, no me ha tocado en suerte observar ni un solo caso de fistula preauricular. Igualmente he atendido a infinidad de niños con padecimientos de nuestra especialidad, y jóvenes familiares de los ferrocarrileros, además de los pacientes de mi clientela privada y tampoco he visto ninguna de estas fistulas que estudiamos. En cambio he visto deformidades de otras variedades, clases y tipos: orejas de diferentes formas y tamaños, microcias, macrocias y poliocias: ausencia completa del pabellón y estrecheces del conducto auditivo externo y obstrucción completa del mismo, pero repito, fistulas ninguna.

En tal situación he tenido que recurrir a mis libros y a consultar algunos compañeros de nuestra especialidad, para tomar información mayor y puedo decir a ustedes que en general de dicha encuesta solo obtuve resultado negativo. Alguno de mis colegas, solo ha visto pequeños canaliculos ciegos, de medio a un centímetro de profundidad sin causar molestia de ninguna especie. Otro compañero me refirió un caso de un canaliculo como de un centímetro de profundidad que dejaba



## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

salir una sustancia grasosa (probablemente sebo), y que trató cauterizando el trayecto con galvanocauterio, cicatrizando sin producir más molestias.

En relación con los libros que he consultado, el de Mackenzy, autor inglés, médico de los Hospitales de Londres y Director de la Revista de Otorrinolaringología de esa misma Capital Inglesa, apenas si menciona esas fistulas. El Dr. Lederer, Jefe del Dpto., de Nariz, Oídos y Garganta y Prof. del Colegio de Medicina de Chicago, Universidad de Illinois, en su obra (1938), igualmente apenas las menciona como una posibilidad de encontrarlas alguna vez pero no menciona ni estadística, tratamiento y secuelas. En la obra del Dr. Phillips, Médico del Hospital de Manhattan, N. York, especial para enfermos de Nariz, Oídos y Garganta, dice textualmente: "Fistula Congénita Auris.—El autor ha observado dos casos de esta anomalía. En ambos había una pequeña abertura fistulosa en frente del tragus; eran canales ciegos de 3 a 6 milímetros de profundidad sin conexión con el oído medio, y secretaban un líquido seroso espeso. Casos semejantes fueron primero descritos por Heysinger y se creé que se deben a oclusión incompleta del 1o. y 2o. arcos branquiales".

He buscado también en revistas de la especialidad y no he encontrado algo que me ilustre. Es curioso por otra parte, que en las obras modernas, al menos las que yo he consultado, se dé tan poca importancia a este padecimiento. En cambio los antiguos eran más observadores, así por ejemplo Le Bentu et Delbet, obra general de consulta, dice: "Urbatschitsch y Hartmann observan el carácter hereditario de la fistula ótica. Hartmann la ha encontrado en once miembros de una misma familia. Sir. J. Paget, ha comunicado a la Sociedad Real de Londres en 1878, la observación de una familia en la que el padre, su hermana y sus cinco hijos presentaban fistulas del Helix".

Para terminar, únicamente me permito opinar que en la exploración de estos trayectos fistulosos, aunque sin fundamento en casos personales, sino apoyándome en la técnica general de toda exploración de trayectos fistulosos, (exceptuando los casos agudos con reacción inflamatoria) se hará la investigación minuciosa de dicho trayecto mediante cuidadoso cateterismo, con sondas rígidas, semi-rígidas, candelillas o

en forma amena y elocuente, así como por el buen éxito terapéutico, todos motivos suficientes para darle mis parabienes.

Siguiendo el mismo orden de exposición del trabajo de referencia, podemos decir que en relación con la embriología y las causas etiológicas ciertas o probables de esta clase de fistulas preauriculares, así como de todos los defectos y deformidades de los órganos de la audición, parece ser que todos los autores están acordes. En cambio existen amplias discrepancias en lo que se refiere a la frecuencia de tales malformaciones, de modo que cada autor da incidencias diferentes, aun para la misma deformación, e importancia diferente a esas distintas deformidades. Por estos motivos pienso que precisa hacer un estudio minucioso y amplio sobre las taras de los progenitores de los sujetos portadores de estas fistulas, con el fin de aclarar si la sífilis, la tuberculosis u otras causas toman parte importante en su etiología.

Confieso que para mí las fistulas preauriculares, son un padecimiento muy raro y por lo mismo mi experiencia en tal punto de la patología auricular es exigua. En más de veinte años de trabajar como Jefe del Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital de los Ferrocarriles Nacionales de México, donde atiendo un promedio de diez enfermos de primera vez diariamente, no me ha tocado en suerte observar ni un solo caso de fistula preauricular. Igualmente he atendido a infinidad de niños con padecimientos de nuestra especialidad, y jóvenes familiares de los ferrocarrileros, además de los pacientes de mi clientela privada y tampoco he visto ninguna de estas fistulas que estudiamos. En cambio he visto deformidades de otras variedades, clases y tipos: orejas de diferentes formas y tamaños, microcias, macrocias y poliocias: ausencia completa del pabellón y estrecheces del conducto auditivo externo y obstrucción completa del mismo, pero repito, fistulas ninguna.

En tal situación he tenido que recurrir a mis libros y a consultar algunos compañeros de nuestra especialidad, para tomar información mayor y puedo decir a ustedes que en general de dicha encuesta solo obtuve resultado negativo. Alguno de mis colegas, solo ha visto pequeños canaliculos ciegos, de medio a un centímetro de profundidad sin causar molestia de ninguna especie. Otro compañero me refirió un caso de un canalículo como de un centímetro de profundidad que dejaba

## FÍSTULAS CONGÉNITAS PREAURICULARES

salir una sustancia grasosa (probablemente sebo), y que trató cauterizando el trayecto con galvanocauterio, cicatrizando sin producir más molestias.

En relación con los libros que he consultado, el de Mackenzy, autor inglés, médico de los Hospitales de Londres y Director de la Revista de Otorrinolaringología de esa misma Capital Inglesa, apenas si menciona esas fistulas. El Dr. Lederer, Jefe del Dpto., de Nariz, Oídos y Garganta y Prof. del Colegio de Medicina de Chicago, Universidad de Illinois, en su obra (1938), igualmente apenas las menciona como una posibilidad de encontrarlas alguna vez pero no menciona ni estadística, tratamiento y secuelas. En la obra del Dr. Phillips, Médico del Hospital de Manhattan, N. York, especial para enfermos de Nariz, Oídos y Garganta, dice textualmente: "Fistula Congénita Auris.—El autor ha observado dos casos de esta anomalía. En ambos había una pequeña abertura fistulosa en frente del tragus; eran canales ciegos de 3 a 6 milímetros de profundidad sin conexión con el oído medio, y secretaban un líquido seroso espeso. Casos semejantes fueron primero descritos por Heysinger y se creé que se deben a oclusión incompleta del 1o. y 2o. arcos branquiales".

He buscado también en revistas de la especialidad y no he encontrado algo que me ilustre. Es curioso por otra parte, que en las obras modernas, al menos las que yo he consultado, se dé tan poca importancia a este padecimiento. En cambio los antiguos eran más observadores, así por ejemplo Le Bentu et Delbet, obra general de consulta, dice: "Urbatschitsch y Hartmann observan el carácter hereditario de la fistula ótica. Hartmann la ha encontrado en once miembros de una misma familia. Sir. J. Paget, ha comunicado a la Sociedad Real de Londres en 1878, la observación de una familia en la que el padre, su hermana y sus cinco hijos presentaban fistulas del Helix".

Para terminar, únicamente me permito opinar que en la exploración de estos trayectos fistulosos, aunque sin fundamento en casos personales, sino apoyándome en la técnica general de toda exploración de trayectos fistulosos, (exceptuando los casos agudos con reacción inflamatoria) se hará la investigación minuciosa de dicho trayecto mediante cuidadoso cateterismo, con sondas rígidas, semi-rígidas, candelillas o

crin de florecia y aun por inyección de sustancias coloridas y opacas a los Rayos X., con el fin de tomar radiografías que serán siempre un gran auxilio para conocer el trayecto, amplitud, longitud punto o puntos finales y relaciones de vecindad con los órganos cercanos. Todos estos conocimientos, importantes para el diagnóstico, pero muy especialmente para la técnica y táctica operatorias. En esta forma se evitarán las lesiones de órganos importantes tales como ramas nerviosas, los conductos auditivos, la parotida etc, etc. Así mismo, se podrá valorar la posibilidad y conveniencia extirpadora, o aplicar otros medios terapéuticos. Por otra parte, la exploración realizada durante el acto operatorio, como la practicó, el ponente del trabajo, en el primer caso relatado, a mi juicio, debe ser muy difícil, maxime con existencia de estado inflamatorio y flegmonoso; pues en tal circunstancia el proceso flogístico de los tejidos circundantes y del mismo canal fistuloso, hacen muy difícil su identificación y considero una verdadera fortuna poder encontrar e identificar el orificio de la fistula para fundar su diagnóstico, como lo hizo el Dr. Meléndez.

Por todo lo expuesto en este pequeño comentario, repito que el trabajo del Dr. Fernando Meléndez merece alabanzas y es de desearse que con el estudio de estos casos y otros más que se le presenten, pronto pueda darnos una estadística y clasificación que será muy importante, ya que no existe entre nosotros ninguna que yo conozca y además creo que hasta ahora nadie ha encontrado y tratado fistulas preauriculares de longitud tan extraordinaria con el magnífico resultado que nos ha relatado en su trabajo. A mi juicio merece la primacia y mi cordial felicitación por trabajo tan interesante.

## Consideraciones sobre uretero colostomía técnica de las anastomosis uretero sigmoideo fuera de la cavidad peritoneal

*Por el Académico Dr. Javier Longoria.*

Una de las más grandes conquistas de la Cirugía moderna es el poder llevar la orina a otro lugar que no sea la vejiga, y lograr con ello el reposo y la aplicación terapéutica conveniente en los órganos subyacentes al ureter y al riñón.

Para realizar tan difícil tarea los cirujanos han contribuido con su ingenio y su arte para lograr el deseado ideal quirúrgico, apoyando su labor en el campo experimental con las intervenciones en animales, principalmente en el perro; así como la resolución de los complicados casos clínicos formados por ese conjunto de enfermos portadores de malformaciones congénitas o adquiridas (extrofia de la vejiga) o fistulas vesico vaginales que no han sido curadas por medios plásticos los más variados padecimientos dolorosos crónicos de la vejiga ya sean de origen fímico o tumoral.

La vida de estos enfermos está llena de dolor y sufrimientos solo puede mejorar, cuando se pone en reposo o se extirpa el órgano enfermo, esto es lo que resuelve, la derivación de orina por medio de la implantación de ureteres, ya sea a la piel o al intestino. De la primera solamente me concretaré a mencionarla como un recurso útil y que se limita a determinados casos en que no es posible llevarlos al intestino, teniendo como factor en su contra la salida involuntaria de orina y que requiere

crin de florecia y aun por inyección de sustancias coloridas y opacas a los Rayos X., con el fin de tomar radiografías que serán siempre un gran auxilio para conocer el trayecto, amplitud, longitud punto o puntos finales y relaciones de vecindad con los órganos cercanos. Todos estos conocimientos, importantes para el diagnóstico, pero muy especialmente para la técnica y táctica operatorias. En esta forma se evitarán las lesiones de órganos importantes tales como ramas nerviosas, los conductos auditivos, la parotida etc, etc. Así mismo, se podrá valorar la posibilidad y conveniencia extirpadora, o aplicar otros medios terapéuticos. Por otra parte, la exploración realizada durante el acto operatorio, como la practicó, el ponente del trabajo, en el primer caso relatado, a mi juicio, debe ser muy difícil, maxime con existencia de estado inflamatorio y flegmonoso; pues en tal circunstancia el proceso flogístico de los tejidos circundantes y del mismo canal fistuloso, hacen muy difícil su identificación y considero una verdadera fortuna poder encontrar e identificar el orificio de la fistula para fundar su diagnóstico, como lo hizo el Dr. Meléndez.

Por todo lo expuesto en este pequeño comentario, repito que el trabajo del Dr. Fernando Meléndez merece alabanzas y es de desearse que con el estudio de estos casos y otros más que se le presenten, pronto pueda darnos una estadística y clasificación que será muy importante, ya que no existe entre nosotros ninguna que yo conozca y además creo que hasta ahora nadie ha encontrado y tratado fistulas preauriculares de longitud tan extraordinaria con el magnífico resultado que nos ha relatado en su trabajo. A mi juicio merece la primacia y mi cordial felicitación por trabajo tan interesante.

## Consideraciones sobre uretero colostomía técnica de las anastomosis uretero sigmoideo fuera de la cavidad peritoneal

*Por el Académico Dr. Javier Longoria.*

Una de las más grandes conquistas de la Cirugía moderna es el poder llevar la orina a otro lugar que no sea la vejiga, y lograr con ello el reposo y la aplicación terapéutica conveniente en los órganos subyacentes al ureter y al riñón.

Para realizar tan difícil tarea los cirujanos han contribuido con su ingenio y su arte para lograr el deseado ideal quirúrgico, apoyando su labor en el campo experimental con las intervenciones en animales, principalmente en el perro; así como la resolución de los complicados casos clínicos formados por ese conjunto de enfermos portadores de malformaciones congénitas o adquiridas (extrofia de la vejiga) o fistulas vesico vaginales que no han sido curadas por medios plásticos los más variados padecimientos dolorosos crónicos de la vejiga ya sean de origen fímico o tumoral.

La vida de estos enfermos está llena de dolor y sufrimientos solo puede mejorar, cuando se pone en reposo o se extirpa el órgano enfermo, esto es lo que resuelve, la derivación de orina por medio de la implantación de ureteres, ya sea a la piel o al intestino. De la primera solamente me concretaré a mencionarla como un recurso útil y que se limita a determinados casos en que no es posible llevarlos al intestino, teniendo como factor en su contra la salida involuntaria de orina y que requiere



aplicación de aparatos especiales para colectarla. Por otra parte con las infecciones renales, pielitis y pielonefritis se presentan con la misma frecuencia que cuando el ureter es colocado en el intestino.

En la mayoría de los casos el cirujano tiene tiempo para meditar con calma cual procedimiento es el que deberá practicar y poder hacer una preparación previa de su enfermo, principalmente esterilizará el contenido intestinal con succinil y sus derivados.

En otras ocasiones en el curso de una intervención quirúrgica en que se produce una sección o destrucción de un tramo ureteral entonces el operador tendrá que resolver su problema inmediatamente sin poder meditar despacio y no contar con la preparación previa como en los otros enfermos. Son los ginecólogos los que han tenido que resolver estos problemas, en muchas ocasiones los tumores desarrollados en las hojas del ligamento ancho hacen cambiar la topografía de los ureteres en lugar de estar debajo del tumor se encuentran en la superficie e involuntariamente al seccionar cualquier ligamento el ureter es cortado. Lo mismo podrá decirse de los padecimientos neoplásticos del útero en que los ureteres están comprendidos en las masas tumorales al tratar de extirparlos estos son seccionados.

En algunos casos deliberadamente el ureter es seccionado y ligado en procesos neoplásticos que incluyen el ureter y no sería posible aislarlo, entonces el cirujano hace la ligadura y sección del ureter antes de entrar al tumor, produciéndose con esto la exclusión funcional del riñón; con los riesgos consiguientes por ignorar la suficiencia del otro riñón.

Tuve oportunidad de ser consultado en un caso semejante en que un cirujano procedió en esa forma produciéndose una anuria completa durante cuatro días, después de intentar poner varias veces una sonda ureteral por la vía endoscópica en el riñón supuesto sano, lo cual no fué posible, se resolvió por colocar el uretero antes ligado en el sigmoide. La vía elegida en este caso fué la extraperitoneal que pudo realizarse con comodidad a pesar de la incisión media que tenía la enferma de la primitiva operación abdominal. El ureter fué colocado en el asa sigmoidea aislada continuando su función, pues al cabo de algunos días

la urea descendió a la normal, recuperando con ello la salud de esta enferma.

Después de este pequeño preambulo comenzaré por exponer la derivación de la orina a la parte terminal del tubo digestivo sigmoides y recto.

### DERIVACIONES DE LA ORINA A LA PARTE TERMINAL DEL TUBO DIGESTIVO, SIGMOIDES Y RECTO.

La idea fundamental de este método es el llevar los ureteres a un receptáculo donde exista control esfinteriano y que fácilmente puede adaptarse a su nueva función, que no produzcan absorciones de la orina como sucede en las otras regiones más altas del aparato digestivo (intestino grueso o intestino delgado).

Pero siendo esta cavidad de contenido extremadamente séptico, ha formado la principal dificultad con que tropezaron cada uno de los cirujanos que plantearon este problema tanto en el terreno experimental como en el humano, de ahí que el ingenio quirúrgico haya tenido que vencer estas terribles dificultades para poder evitar las infecciones ascendentes que se producían tarde o temprano en el parenquima renal y que acaban con la ilusión de los que emprendieron tan importantes trabajos pues casi todos estos enfermos sucumbieron.

Haciendo historia de estos hechos, pasaremos revista de los trabajos realizados en el extranjero y de los que se han hecho aunque en menor escala en nuestro país.

Conocida en el extranjero desde mediados del siglo pasado, se atribuye a Sir John Simons, en el año de 1851, quien por primera vez implantó los dos ureteres en el recto en un niño que padecía extrofia vesical, logrando que sobreviviera un año; su muerte se imputó a una nefritis. Después de varios años, en 1879, Thomas Smith volvió a ocuparse de esta intervención operando también a un niño con extrofia vesical en quien hizo primero implantación de un ureter y después de 14 meses la del segundo; su enfermo murió dos días después encontrándose en la autopsia dilatación propia del riñón del lado operado primero y de obstrucción del ureter implantado en segundo término.

aplicación de aparatos especiales para colectarla. Por otra parte con las infecciones renales, pielitis y pielonefritis se presentan con la misma frecuencia que cuando el ureter es colocado en el intestino.

En la mayoría de los casos el cirujano tiene tiempo para meditar con calma cual procedimiento es el que deberá practicar y poder hacer una preparación previa de su enfermo, principalmente esterilizará el contenido intestinal con succinil y sus derivados.

En otras ocasiones en el curso de una intervención quirúrgica en que se produce una sección o destrucción de un tramo ureteral entonces el operador tendrá que resolver su problema inmediatamente sin poder meditar despacio y no contar con la preparación previa como en los otros enfermos. Son los ginecólogos los que han tenido que resolver estos problemas, en muchas ocasiones los tumores desarrollados en las hojas del ligamento ancho hacen cambiar la topografía de los ureteres en lugar de estar debajo del tumor se encuentran en la superficie e involuntariamente al seccionar cualquier ligamento el ureter es cortado. Lo mismo podrá decirse de los padecimientos neoplásticos del útero en que los ureteres están comprendidos en las masas tumorales al tratar de extirparlos estos son seccionados.

En algunos casos deliberadamente el ureter es seccionado y ligado en procesos neoplásticos que incluyen el ureter y no sería posible aislarlo, entonces el cirujano hace la ligadura y sección del ureter antes de entrar al tumor, produciéndose con esto la exclusión funcional del riñón; con los riesgos consiguientes por ignorar la suficiencia del otro riñón.

Tuve oportunidad de ser consultado en un caso semejante en que un cirujano procedió en esa forma produciéndose una anuria completa durante cuatro días, después de intentar poner varias veces una sonda ureteral por la vía endoscópica en el riñón supuesto sano, lo cual no fué posible, se resolvió por colocar el uretero antes ligado en el sigmoides. La vía elegida en este caso fué la extraperitoneal que pudo realizarse con comodidad a pesar de la incisión media que tenía la enferma de la primitiva operación abdominal. El ureter fué colocado en el asa sigmoidea aislada continuando su función, pues al cabo de algunos días

la urea descendió a la normal, recuperando con ello la salud de esta enferma.

Después de este pequeño preambulo comenzaré por exponer la derivación de la orina a la parte terminal del tubo digestivo sigmoides y recto.

### DERIVACIONES DE LA ORINA A LA PARTE TERMINAL DEL TUBO DIGESTIVO, SIGMOIDES Y RECTO.

La idea fundamental de este método es el llevar los ureteres a un receptáculo donde exista control esfinteriano y que fácilmente puede adaptarse a su nueva función, que no produzcan absorciones de la orina como sucede en las otras regiones más altas del aparato digestivo (intestino grueso o intestino delgado).

Pero siendo esta cavidad de contenido extremadamente séptico, ha formado la principal dificultad con que tropezaron cada uno de los cirujanos que plantearon este problema tanto en el terreno experimental como en el humano, de ahí que el ingenio quirúrgico haya tenido que vencer estas terribles dificultades para poder evitar las infecciones ascendentes que se producían tarde o temprano en el parenquima renal y que acaban con la ilusión de los que emprendieron tan importantes trabajos pues casi todos estos enfermos sucumbieron.

Haciendo historia de estos hechos, pasaremos revista de los trabajos realizados en el extranjero y de los que se han hecho aunque en menor escala en nuestro país.

Conocida en el extranjero desde mediados del siglo pasado, se atribuye a Sir John Simons, en el año de 1851, quien por primera vez implantó los dos ureteres en el recto en un niño que padecía extrofia vesical, logrando que sobreviviera un año; su muerte se imputó a una nefritis. Después de varios años, en 1879, Thomas Smith volvió a ocuparse de esta intervención operando también a un niño con extrofia vesical en quien hizo primero implantación de un ureter y después de 14 meses la del segundo; su enfermo murió dos días después encontrándose en la autopsia dilatación propia del riñón del lado operado primero y de obstrucción del ureter implantado en segundo término.

En el año de 1891, Kuster ejecuta la misma operación en un caso de cáncer vésico-prostático; el enfermo muere después de operado. En el año de 1892, Chaput obtiene éxitos y fracasos.

Para aquella época esta operación resulta muy delicada y llena de escollos y la mayor parte de los enfermos sucumbieron. Por ello se olvidó durante algunos años.

Se podían seguir mencionando la lista enorme de cirujanos urólogos de los países que han hecho trabajos interesantes tanto experimentales como clínicos. Han puesto principal interés los cirujanos norteamericanos entre los que se destaca el Dr. R. D. Coffey de Portland, Oregón, quién desde el año de 1910, cambió completamente el sistema usado hasta entonces, al traer la idea de formar una válvula, haciendo para ello un trayecto submucoso en el intestino. Se logró de esta manera, disminuir las infecciones y dilataciones ureterales. En nuestro medio es digno de mención la labor desarrollada por el Sr. Dr. Don Rosendo Amor, médico ginecólogo y cirujano general, quien desde el año de 1914 practicó algunas ureterocolostomías empleando la técnica parecida a la primitiva del Dr. Coffey. En el Hospital General aún se encuentra la afanadora a quien desde hace 30 años se le practicó esta intervención por sufrir una enorme fistula vésico-vaginal, gozando hasta la fecha de muy buena salud. El Dr. Amor ha continuado usando su técnica y como todos los que hacen esta cirugía ha tenido éxitos y fracasos.

Con este breve relato sintetizo los nombres de los principales cirujanos que se han ocupado de esta difícil operación sin desconocer que la lista de los que faltan podía ser muy numerosa pero únicamente tomo en cuenta los más anteriores y más destacados. En el curso de la exposición se dirán nuevos nombres de los que han forjado distintos procedimientos con el mismo fin.

#### CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS DEL URETER UNA VEZ DESPRENDIDO DE SU LECHO

Lo que todo cirujano debe procurar al desprender el ureter de su lecho es que se realice un buen funcionamiento y además se eviten las

infecciones ascendentes a las que está expuesto por ser colocado en una cavidad evidentemente séptica como el recto y este es el principal escollo con que han tropezado todos los cirujanos para resolver satisfactoriamente este problema y cada uno de ellos ha ideado un procedimiento que dé las mayores garantías en este sentido.

Cualquiera que sea el procedimiento usado podemos establecer algunas normas generales que son aplicadas a cualquier técnica que se use y así podemos decir:

1o.—Que los ureteros se deben colocar en la misma dirección longitudinal de arriba hacia abajo, de tal manera que la orina siga la misma dirección que la corriente fecal.

2o.—Los ureteros deberán ser sepultados en la pared del recto en una extensión no menor de 3 a 4 centímetros, con objeto de que el paso del bolo fecal de arriba hacia abajo facilite por una maniobra semejante a la del ordeñamiento, la salida de la orina.

3o.—Los ureteros deberán estar rodeados y protegidos por las paredes musculares del intestino; así, cuando el recto se contrae, la luz uretral se cierra, hecho que sucede durante la defecación; cuando la contracción cesa la orina acumulada en la porción situada arriba del ureter, saldrá con mayor fuerza haciendo las veces de un chorro lavador.

4o.—El ureter se procurará al colocarlo en el intestino que no quede ni muy flojo porque se producen acodaduras, ni muy estirado porque es posible que se necrocen.

Creo también de mucha utilidad mencionar en este capítulo las modificaciones que experimenta el uretero al ser separado parcial o totalmente de su lecho lombopélvico, que modifican tanto su dirección como sus relaciones y parodiando al Dr. Papin vale la pena conocer y contestar las cuatro preguntas siguientes:

1o.—El ureter aislado de su lecho puede vivir sin peligro de necrosis.

En este problema de vascularización que ha quedado ya resuelto. Recordemos que el ureter recibe numerosas ramas arteriales que provienen de la renal (arteria uretérica superior) de la espermática en el hombre o de la útero ovárica en la mujer, de la aorta, de la iliaca primitiva



En el año de 1891, Kuster ejecuta la misma operación en un caso de cáncer vésico-prostático; el enfermo muere después de operado. En el año de 1892, Chaput obtiene éxitos y fracasos.

Para aquella época esta operación resulta muy delicada y llena de escollos y la mayor parte de los enfermos sucumbieron. Por ello se olvidó durante algunos años.

Se podían seguir mencionando la lista enorme de cirujanos urólogos de los países que han hecho trabajos interesantes tanto experimentales como clínicos. Han puesto principal interés los cirujanos norteamericanos entre los que se destaca el Dr. R. D. Coffey de Portland, Oregón, quién desde el año de 1910, cambió completamente el sistema usado hasta entonces, al traer la idea de formar una válvula, haciendo para ello un trayecto submucoso en el intestino. Se logró de esta manera, disminuir las infecciones y dilataciones ureterales. En nuestro medio es digno de mención la labor desarrollada por el Sr. Dr. Don Rosendo Amor, médico ginecólogo y cirujano general, quien desde el año de 1914 practicó algunas ureterocolostomías empleando la técnica parecida a la primitiva del Dr. Coffey. En el Hospital General aún se encuentra la afanadora a quien desde hace 30 años se le practicó esta intervención por sufrir una enorme fistula vésico-vaginal, gozando hasta la fecha de muy buena salud. El Dr. Amor ha continuado usando su técnica y como todos los que hacen esta cirugía ha tenido éxitos y fracasos.

Con este breve relato sintetizo los nombres de los principales cirujanos que se han ocupado de esta difícil operación sin desconocer que la lista de los que faltan podía ser muy numerosa pero únicamente tomo en cuenta los más anteriores y más destacados. En el curso de la exposición se dirán nuevos nombres de los que han forjado distintos procedimientos con el mismo fin.

#### CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS DEL URETER UNA VEZ DESPRENDIDO DE SU LECHO

Lo que todo cirujano debe procurar al desprender el ureter de su lecho es que se realice un buen funcionamiento y además se eviten las



infecciones ascendentes a las que está expuesto por ser colocado en una cavidad evidentemente séptica como el recto y este es el principal escollo con que han tropezado todos los cirujanos para resolver satisfactoriamente este problema y cada uno de ellos ha ideado un procedimiento que dé las mayores garantías en este sentido.

Cualquiera que sea el procedimiento usado podemos establecer algunas normas generales que son aplicadas a cualquier técnica que se use y así podemos decir:

1o.—Que los ureteros se deben colocar en la misma dirección longitudinal de arriba hacia abajo, de tal manera que la orina siga la misma dirección que la corriente fecal.

2o.—Los ureteros deberán ser sepultados en la pared del recto en una extensión no menor de 3 a 4 centímetros, con objeto de que el paso del bolo fecal de arriba hacia abajo facilite por una maniobra semejante a la del ordeñamiento, la salida de la orina.

3o.—Los ureteros deberán estar rodeados y protegidos por las paredes musculares del intestino; así, cuando el recto se contrae, la luz uretral se cierra, hecho que sucede durante la defecación; cuando la contracción cesa la orina acumulada en la porción situada arriba del ureter, saldrá con mayor fuerza haciendo las veces de un chorro lavador.

4o.—El ureter se procurará al colocarlo en el intestino que no quede ni muy flojo porque se producen acodaduras, ni muy estirado porque es posible que se necrocen.

Creo también de mucha utilidad mencionar en este capítulo las modificaciones que experimenta el uretero al ser separado parcial o totalmente de su lecho lombopélvico, que modifican tanto su dirección como sus relaciones y parodiando al Dr. Papin vale la pena conocer y contestar las cuatro preguntas siguientes:

1o.—El ureter aislado de su lecho puede vivir sin peligro de necrosis.

En este problema de vascularización que ha quedado ya resuelto. Recordemos que el ureter recibe numerosas ramas arteriales que provienen de la renal (arteria uretérica superior) de la espermática en el hombre o de la útero ovárica en la mujer, de la aorta, de la iliaca primitiva

de la hipogástrica, arteria uretérica inferior, estas ramas forman debajo del orificio ureteral un plexo de mallas alargadas en el cual parten finas ramificaciones hacia la capa muscular y mucosa. Varios autores han demostrado que el ureter puede vivir después de seccionar casi todas las arteriolas que alimentan dicho plexo exceptuando las que nacen de la arteria renal; además experimentalmente está aclarado que puede disecarse el ureter en toda su longitud se logra respetar su vaina conjuntiva, en cambio cuando este tejido conjuntivo es lesionado, sobre viene la necrosis.

El mismo efecto se produce cuando se hace una compresión prolongada sobre la pared del ureter.

A pesar de estos datos de la relativa seguridad que se proporciona al desprender ampliamente el ureter, es conveniente que cuando se hagan las intervenciones sobre él no disecarlo en la mayor extensión de lo que sea necesario.

2o.—¿El funcionamiento del ureter es alterado por el cambio de posición?

Desde luego se puede decir que sí: los conocimientos que tenemos acerca de la fisiología del ureter son incompletos, pero sabemos que no se comporta como un tubo inerte, sino que se producen movimientos peristálticos los cuales favorecen el camino de la orina del riñón hasta la vejiga.

Los trabajos experimentales de Alaskens, de Marion, de Cuvernert. repetidos en México por el Dr. J. de Jesús Domínguez en la preparación de su tesis, parece demostrar que todo lo que ataque el aparato nervioso reno-vesical, traerá modificaciones importantes en el funcionamiento del ureter; así como una simple sección transversal aunque sea reparada por una buena sutura y seguida de una cicatrización normal, produce alteraciones funcionales, las ondas peristálticas descendentes se detienen a nivel de esta sutura y así después de varias de éstas una de ellas pasará al segmento subyacente, de manera que el segmento inferior no funciona simultáneamente ni coordinadamente a los movimientos del extremo superior, lo que ocasiona una perturbación en el arrastre de la orina; lo mismo se produce cuando se hace una sección comple-

ta seguida de una implantación ya sea en la vejiga misma o fuera de ella. Lo más interesante es desde el punto de vista quirúrgico siempre respetar la capa adventicia periuretral y principalmente en sus relaciones nerviosas que existen cerca de la pelvicilla y de la vejiga. El ureter separado de su lecho pierde lentamente su contractibilidad, cuando es separado de la vejiga se produce la atonía y la dilatación observándose multitud de dilataciones utero piélicas consecutivas a operaciones pelvianas con declive del ureter de su adventicia en una extensión más o menos grande, por lo tanto al hacer la dicección de este conducto hay que tener mucho cuidado en no maltratarlo porque las consecuencias son muy importantes en la patología renal. De acuerdo con esto la atonía ureteral puede ser de origen neuropático, pero también una infección aunque sea poco intensa y prolongada trae una proliferación del tejido conjuntivo en la capa muscular que lleva a la insuficiencia y a la atomía.

De manera que en la transplatación del ureter se encuentra realizadas las tres condiciones señaladas que producen atonía uretral, que son: sección del conducto, destrucción de sus relaciones nerviosas con la vejiga y por último la infección que nunca falta, con estos tres factores es indiscutible que el uretero se dilate y venga la atonía en esta porción sin embargo en contra de este argumento y como hecho favorable para las intervenciones, se deberá decir que cuando se intenta ejecutar una de estas intervenciones el ureter previamente ya está dilatado y que las maniobras operatorias casi no van a modificar en mayor grado este proceso de atonía uretral, por lo tanto sigue en pie los beneficios de esta intervención al llevar el ureter a cualquier parte del organismo, principalmente hacia el recto.

3a.—¿Se puede evitar la dilatación uretero-piélica y la propia del riñón?

Debe concluirse que es imposible evitar cierto grado de dilatación del ureter y la pelvicilla motivada por la atonía de estos órganos y con mayor razón si ya existía, máxime que esta dilatación no es progresiva como cuando se produce estrechamiento en el extremo uretral, por eso

de la hipogástrica, arteria uretérica inferior, estas ramas forman debajo del orificio ureteral un plexo de mallas alargadas en el cual parten finas ramificaciones hacia la capa muscular y mucosa. Varios autores han demostrado que el ureter puede vivir después de seccionar casi todas las arteriolas que alimentan dicho plexo exceptuando las que nacen de la arteria renal; además experimentalmente está aclarado que puede disecarse el ureter en toda su longitud se logra respetar su vaina conjuntiva, en cambio cuando este tejido conjuntivo es lesionado, sobre viene la necrosis.

El mismo efecto se produce cuando se hace una compresión prolongada sobre la pared del ureter.

A pesar de estos datos de la relativa seguridad que se proporciona al desprender ampliamente el ureter, es conveniente que cuando se hagan las intervenciones sobre él no disecarlo en la mayor extensión de lo que sea necesario.

2o.—¿El funcionamiento del ureter es alterado por el cambio de posición?

Desde luego se puede decir que sí: los conocimientos que tenemos acerca de la fisiología del ureter son incompletos, pero sabemos que no se comporta como un tubo inerte, sino que se producen movimientos peristálticos los cuales favorecen el camino de la orina del riñón hasta la vejiga.

Los trabajos experimentales de Alaskens, de Marion, de Cuvernert. repetidos en México por el Dr. J. de Jesús Domínguez en la preparación de su tesis, parece demostrar que todo lo que ataque el aparato nervioso reno-vesical, traerá modificaciones importantes en el funcionamiento del ureter; así como una simple sección transversal aunque sea reparada por una buena sutura y seguida de una cicatrización normal, produce alteraciones funcionales, las ondas peristálticas descendentes se detienen a nivel de esta sutura y así después de varias de éstas una de ellas pasará al segmento subyacente, de manera que el segmento inferior no funciona simultáneamente ni coordinadamente a los movimientos del extremo superior, lo que ocasiona una perturbación en el arrastre de la orina; lo mismo se produce cuando se hace una sección comple-

ta seguida de una implantación ya sea en la vejiga misma o fuera de ella. Lo más interesante es desde el punto de vista quirúrgico siempre respetar la capa adventicia periuretral y principalmente en sus relaciones nerviosas que existen cerca de la pelvicilla y de la vejiga. El ureter separado de su lecho pierde lentamente su contractibilidad, cuando es separado de la vejiga se produce la atonía y la dilatación observándose multitud de dilataciones utero piélicas consecutivas a operaciones pelvianas con declive del ureter de su adventicia en una extensión más o menos grande, por lo tanto al hacer la dicección de este conducto hay que tener mucho cuidado en no maltratarlo porque las consecuencias son muy importantes en la patología renal. De acuerdo con esto la atonía ureteral puede ser de origen neuropático, pero también una infección aunque sea poco intensa y prolongada trae una proliferación del tejido conjuntivo en la capa muscular que lleva a la insuficiencia y a la atomía.

De manera que en la transplatación del ureter se encuentra realizadas las tres condiciones señaladas que producen atonía uretral, que son: sección del conducto, destrucción de sus relaciones nerviosas con la vejiga y por último la infección que nunca falta, con estos tres factores es indiscutible que el uretero se dilate y venga la atonía en esta porción sin embargo en contra de este argumento y como hecho favorable para las intervenciones, se deberá decir que cuando se intenta ejecutar una de estas intervenciones el ureter previamente ya está dilatado y que las maniobras operatorias casi no van a modificar en mayor grado este proceso de atonía uretral, por lo tanto sigue en pie los beneficios de esta intervención al llevar el ureter a cualquier parte del organismo, principalmente hacia el recto.

3a.—¿Se puede evitar la dilatación uretero-piélica y la propia del riñón?

Debe concluirse que es imposible evitar cierto grado de dilatación del ureter y la pelvicilla motivada por la atonía de estos órganos y con mayor razón si ya existía, máxime que esta dilatación no es progresiva como cuando se produce estrechamiento en el extremo uretral, por eso

es conveniente en las técnicas operatorias evitar hasta donde sea posible hacer la sutura con múltiples puntos en el extremo ureteral.

Estudios radiológicos en enfermos operados de derivación de orina comprueban que esta dilatación es muy ligera.

4a.—¿Puede evitarse la infección ascendente?

Se sabe que la infección ascendente es producida en la mayor parte de los procedimientos usados para llevar el ureter al recto, se creía en un principio que la operación de Maydl podía salvar de la infección gracias a la conservación de los orificios ureterales pero esta noción no es cierta puesto que una vez que los ureteros se separan de la vejiga se pierde la tonicidad y los orificios quedan ampliamente abiertos. Más efectivo para evitar las infecciones ascendentes parece la válvula submucosa ideada por Coffey, como después veremos este es muy relativo. Las ideas últimas respecto a la manera como se hace la infección ascendente se refieren principalmente a la vía linfática que a la misma vía canalicular; así todo lo que sea más eficaz en la protección de los linfáticos ureterales contra la invasión microbiana es lo que debe procurarse hacer.

## INDICACIONES

Antiguamente esta operación era usada casi exclusivamente para enfermos con extrofia de la vejiga. En la actualidad las indicaciones pueden resumirse en las siguientes:

1o.—Cuando se va a hacer una cistectomía total.

2o.—Para remediar la malformación congénita o adquirida como en las extrofias de la vejiga o en las fistulas vésico-vaginales en las que los procedimientos de reparación han fracasado varias veces.

3o.—Para liberar los ureteros estrangulados o comprimidos por masas tumorales.

Cuando existe una cistitis tuberculosa incurable que ocasiona dolores intensos al paciente y que no consigue alivio sino al poner en reposo la vejiga por medio de la derivación de la orina.

5o.—Cuando existen fistulas ureterales motivadas por secciones ac-

## URETERO-COLOSTOMÍA

cientadas del ureter o por actos operatorios en los cuales no es posible la reimplantación en la vejiga.

## CONTRAINDICACIONES

Las principales contraindicaciones se refieren principalmente a un mal estado general del enfermo y sobre todo a una exagerada dilatación, en estas condiciones la implantación al recto es casi imposible y es mejor llevarlo a la piel.

## TECNICAS

Voy a referirme de una manera somera a los principales procedimientos que se han usado, siguiendo para ello un orden cronológico según se han presentado. Comenzaré por las primitivas, como la de Chaput y otros quienes hacían aplicación directa del ureter al intestino; esto solo tiene un valor histórico, en la mayor parte de los enfermos se obtenían múltiples fracasos puesto que el ureter no formaba otra cosa que un simple divertículo del intestino, en que con toda facilidad se hacía la infección ascendente.

Un verdadero progreso se obtuvo en el año de 1896 cuando Maydl hizo la transplatación de los ureteros con todo el trigono vesical, con objeto de conservar su esfinter y de esta manera solucionar el problema de las infecciones ascendentes de los riñones. Sus estadísticas fueron muy alentadoras; tuvo algunos éxitos y por eso durante algún tiempo fué muy empleado; desde luego hay que tener en cuenta que esta técnica está limitada en su aplicación principalmente a los casos de extrofia de la vejiga ya que en ellos el trigono está ileso cosa que no sucede en los procesos tumorales de la vejiga en los cuales este recurso quirúrgico no es aplicable.

Bergenhem, otro ilustre cirujano y posteriormente Peters, hacen una modificación a la técnica de Maydl, pues únicamente en forma extraperitoneal implantada por separado cada uno de los ureteros rodeados de una porción circular de mucosa vesical.



es conveniente en las técnicas operatorias evitar hasta donde sea posible hacer la sutura con múltiples puntos en el extremo ureteral.

Estudios radiológicos en enfermos operados de derivación de orina comprueban que esta dilatación es muy ligera.

4a.—¿Puede evitarse la infección ascendente?

Se sabe que la infección ascendente es producida en la mayor parte de los procedimientos usados para llevar el ureter al recto, se creía en un principio que la operación de Maydl podía salvar de la infección gracias a la conservación de los orificios ureterales pero esta noción no es cierta puesto que una vez que los ureteros se separan de la vejiga se pierde la tonicidad y los orificios quedan ampliamente abiertos. Más efectivo para evitar las infecciones ascendentes parece la válvula submucosa ideada por Coffey, como después veremos este es muy relativo. Las ideas últimas respecto a la manera como se hace la infección ascendente se refieren principalmente a la vía linfática que a la misma vía canalicular; así todo lo que sea más eficaz en la protección de los linfáticos ureterales contra la invasión microbiana es lo que debe procurarse hacer.

## INDICACIONES

Antiguamente esta operación era usada casi exclusivamente para enfermos con extrofia de la vejiga. En la actualidad las indicaciones pueden resumirse en las siguientes:

1o.—Cuando se va a hacer una cistectomía total.

2o.—Para remediar la malformación congénita o adquirida como en las extrofias de la vejiga o en las fistulas vésico-vaginales en las que los procedimientos de reparación han fracasado varias veces.

3o.—Para liberar los ureteros estrangulados o comprimidos por masas tumorales.

Cuando existe una cistitis tuberculosa incurable que ocasiona dolores intensos al paciente y que no consigue alivio sino al poner en reposo la vejiga por medio de la derivación de la orina.

5o.—Cuando existen fistulas ureterales motivadas por secciones ac-

## URETERO-COLOSTOMÍA

cientadas del ureter o por actos operatorios en los cuales no es posible la reimplantación en la vejiga.

## CONTRAINDICACIONES

Las principales contraindicaciones se refieren principalmente a un mal estado general del enfermo y sobre todo a una exagerada dilatación, en estas condiciones la implantación al recto es casi imposible y es mejor llevarlo a la piel.

## TECNICAS

Voy a referirme de una manera somera a los principales procedimientos que se han usado, siguiendo para ello un orden cronológico según se han presentado. Comenzaré por las primitivas, como la de Chaput y otros quienes hacían aplicación directa del ureter al intestino; esto solo tiene un valor histórico, en la mayor parte de los enfermos se obtenían múltiples fracasos puesto que el ureter no formaba otra cosa que un simple divertículo del intestino, en que con toda facilidad se hacía la infección ascendente.

Un verdadero progreso se obtuvo en el año de 1896 cuando Maydl hizo la transplatación de los ureteros con todo el trigono vesical, con objeto de conservar su esfinter y de esta manera solucionar el problema de las infecciones ascendentes de los riñones. Sus estadísticas fueron muy alentadoras; tuvo algunos éxitos y por eso durante algún tiempo fué muy empleado; desde luego hay que tener en cuenta que esta técnica está limitada en su aplicación principalmente a los casos de extrofia de la vejiga ya que en ellos el trigono está ileso cosa que no sucede en los procesos tumorales de la vejiga en los cuales este recurso quirúrgico no es aplicable.

Bergenheim, otro ilustre cirujano y posteriormente Peters, hacen una modificación a la técnica de Maydl, pues únicamente en forma extraperitoneal implantada por separado cada uno de los ureteros rodeados de una porción circular de mucosa vesical.

Decepcionados por los fracasos, viene a reanimarlos las ingeniosas técnicas realizadas por el ilustre Dr. Coffey y como ya había dicho cambia la faz de esta cirugía haciendo en la pared del intestino un conducto entre las capas sero muscular y mucosa, y se logra así la formación de una válvula semejante a la que existe en la pared vesical, continente por completo para los líquidos y los gases y que impide el reflujo hacia el riñón sin embargo, estas pretendidas válvulas no corresponden a los buenos deseos de su autor, pues a pesar de ellas las infecciones y las dilataciones se siguen presnetando aunque se realizen los procedimientos con el mayor cuidado.

Las técnicas de Coffey son muy conocidas en todo el mundo y someramente me voy a referir a ellas.

1.a.—Técnica.—Por medio de una laparatomía media infraumbilical se localiza el ureter, se secciona el peritoneo parietal posterior, haciendo una disección lo más completa posible hasta llegar a la vejiga; se secciona el ureter en medio de dos pinzas se liga el cabo vesical y el cabo renal se toma con pinzas de mosquito. La extremidad se corta en forma de pico de clarinete y se pone un punto en la extremidad dejando en cada hilo una aguja, se elige la porción del recto, donde se va a implantar el ureter procurando que este no quede ni muy flojo ni muy estirado. Se toma la pared del recto en una extensión de 5 centímetros y sin herir la mucosa se diseca con todo cuidado la capa sero-muscular en una extensión suficiente para poder alojar al ureter. Se colocan después unos hilos en los labios de esta herida de manera que al aplicarlos quede cerrada sepultando con ella al ureter. Una vez colocado éste debajo de los hilos en los labios de la herida se hace un pequeño ojal en la mucosa por donde se pasan las agujas con su hilo que sujetan al ureter. Se introduce en una extensión como de tres centímetros. Dentro de la luz del intestino, fijandolo posteriormente por medio de un punto a la mucosa intestinal. Una vez hecho esto se aplican los hilos superiores para cerrar la herida intestinal.

2a.—Técnica.—Se hace lo mismo que en la anterior únicamente que antes de introducirlos los ureteros en el recto se les ponen unas sondas ureterales y se introducen estas dentro del intestino sujetandolas a una

gasa que previamente se ha colocado por el recto al jalar esta gasa las sondas ureterales salen por el ano.

3a.—Técnica.—El principio es igual que las anteriores, la diferencia reside en que una vez corado el ureter se liga ésta a su extremidad en su parte más inferior y se fija ésta por dos puntos a la pared intestinal, que dando alojado en el trayecto submucoso, después se pone un punto con hilo de seda que perfore el ureter hasta llegar a su luz al mismo tiempo también se pasa a la luz del intestino apretando así el nudo entre la pared del ureter y la mucosa del intestino apretando así el nudo entre la pared del ureter y la mucosa intestinal al cabo de 48 horas, la ligadura esfacela los tejidos que ha comprendido y se establece una fistula uretero-rectal. Con este tercer procedimiento no se le puede hacer la implantación simultánea de los ureteros sino que hay que hacerla primero de un lado y luego de otro.

En la actualidad hay una nueva modificación a este procedimiento que consiste en sujetar el hilo de seda a un hilo metálico pequeño introduciendo por el ano hasta llegar a donde se amarra el hilo de seda. Este anillo está sujeto a un hilo que sale por el ano. El objeto de esto es hacer tracciones con objeto de favorecer la ruptura o esfacelo entre la pared del ureter y la mucosa intestinal y así violentar la formación de esta fistula.

Los inconvenientes que se señalan a estas técnicas de Coffey, en primer lugar la introducción del ureter a la luz del intestino que expone a las infecciones ascendentes y por otra parte edema inflamatorio que se producen en las paredes ureterales pueden ocasionar dificultad para la correcta salida de la orina. A la segunda técnica se le señalan los inconvenientes de introducir el ureter al intestino y de que las sondas ureterales que llevan frecuentemente se tapan y no es posible cambiarlas. Por lo que se refiere a las técnicas 3a. y 4a. son muy superiores a las dos antes mencionadas, puesto que no ponen la pared ureteral en contacto directo con el contenido intestinal, únicamente tienen en su contra la retención de orina que se produce durante 72 horas hasta que se logra restablecer la comunicación por el esfacelo de los tejidos. Por tal motivo sólo debe aplicarse en personas cuyo riñón no haya sufrido

Decepcionados por los fracasos, viene a reanimarlos las ingeniosas técnicas realizadas por el ilustre Dr. Coffey y como ya había dicho cambia la faz de esta cirugía haciendo en la pared del intestino un conducto entre las capas sero muscular y mucosa, y se logra así la formación de una válvula semejante a la que existe en la pared vesical, continente por completo para los líquidos y los gases y que impide el reflujo hacia el riñón sin embargo, estas pretendidas válvulas no corresponden a los buenos deseos de su autor, pues a pesar de ellas las infecciones y las dilataciones se siguen presnetando aunque se realizen los procedimientos con el mayor cuidado.

Las técnicas de Coffey son muy conocidas en todo el mundo y someramente me voy a referir a ellas.

1.a—Técnica.—Por medio de una laparatomía media infraumbilical se localiza el ureter, se secciona el peritoneo parietal posterior, haciendo una disección lo más completa posible hasta llegar a la vejiga; se secciona el ureter en medio de dos pinzas se liga el cabo vesical y el cabo renal se toma con pinzas de mosquito. La extremidad se corta en forma de pico de clarinete y se pone un punto en la extremidad dejando en cada hilo una aguja, se elige la porción del recto, donde se va a implantar el ureter procurando que este no quede ni muy flojo ni muy estirado. Se toma la pared del recto en una extensión de 5 centímetros y sin herir la mucosa se diseca con todo cuidado la capa sero-muscular en una extensión suficiente para poder alojar al ureter. Se colocan después unos hilos en los labios de esta herida de manera que al aplicarlos quede cerrada sepultando con ella al ureter. Una vez colocado éste debajo de los hilos en los labios de la herida se hace un pequeño ojal en la mucosa por donde se pasan las agujas con su hilo que sujetan al ureter. Se introduce en una extensión como de tres centímetros. Dentro de la luz del intestino, fijandolo posteriormente por medio de un punto a la mucosa intestinal. Una vez hecho esto se aplican los hilos superiores para cerrar la herida intestinal.

2a.—Técnica.—Se hace lo mismo que en la anterior únicamente que antes de introducirlos los ureteros en el recto se les ponen unas sondas ureterales y se introducen estas dentro del intestino sujetandolas a una

gasa que previamente se ha colocado por el recto al jalar esta gasa las sondas ureterales salen por el ano.

3a.—Técnica.—El principio es igual que las anteriores, la diferencia reside en que una vez corado el ureter se liga ésta a su extremidad en su parte más inferior y se fija ésta por dos puntos a la pared intestinal, que dando alojado en el trayecto submucoso, después se pone un punto con hilo de seda que perfore el ureter hasta llegar a su luz al mismo tiempo también se pasa a la luz del intestino apretando así el nudo entre la pared del ureter y la mucosa del intestino apretando así el nudo entre la pared del ureter y la mucosa intestinal al cabo de 48 horas, la ligadura esfacela los tejidos que ha comprendido y se establece una fistula uretero-rectal. Con este tercer procedimiento no se le puede hacer la implantación simultánea de los ureteros sino que hay que hacerla primero de un lado y luego de otro.

En la actualidad hay una nueva modificación a este procedimiento que consiste en sujetar el hilo de seda a un hilo metálico pequeño introduciendo por el ano hasta llegar a donde se amarra el hilo de seda. Este anillo está sujeto a un hilo que sale por el ano. El objeto de esto es hacer tracciones con objeto de favorecer la ruptura o esfacelo entre la pared del ureter y la mucosa intestinal y así violentar la formación de esta fistula.

Los inconvenientes que se señalan a estas técnicas de Coffey, en primer lugar la introducción del ureter a la luz del intestino que expone a las infecciones ascendentes y por otra parte edema inflamatorio que se producen en las paredes ureterales pueden ocasionar dificultad para la correcta salida de la orina. A la segunda técnica se le señalan los inconvenientes de introducir el ureter al intestino y de que las sondas ureterales que llevan frecuentemente se tapan y no es posible cambiarlas. Por lo que se refiere a las técnicas 3a. y 4a. son muy superiores a las dos antes mencionadas, puesto que no ponen la pared ureteral en contacto directo con el contenido intestinal, únicamente tienen en su contra la retención de orina que se produce durante 72 horas hasta que se logra restablecer la comunicación por el esfacelo de los tejidos. Por tal motivo sólo debe aplicarse en personas cuyo riñón no haya sufrido

insuficiencia porque en este caso sucede en los cancerosos, podría establecerse una complicación peligrosa, como una uremia total.

La técnica de Zoolinger ha pretendido resucitar en estos últimos tiempos las antiguas anastomosis hechas por medio de botones a semejanza del botón de Boire. Zoollinger ha ideado un botón bastante perfecto que coloca haciendo una implantación submucosa del ureter para la formación de la válvula.

Los tejidos que aprietan el botón se esfacelan y éste cae al intestino. Esta técnica ha sido realizada exclusivamente en animales.

La técnica del C. Higgins de Ohio, muy conveniente, establece la comunicación uretero-intestinal por un punto de seda a semejanza del método de Coffey número 3, pero sin interrumpir desde luego la comunicación del ureter con la vejiga.

Cuando este autor desea que la comunicación se haga más rápidamente, coloca una sonda en el intestino y anuda el punto de seda en la extremidad de la sonda. Esta operación ha tenido resultados, tanto experimentales como clínicos, bastante favorables.

La simplicidad del método y la falta de trastornos postoperatorios la hacen resaltar de los demás procedimientos.

Sin embargo, tiene el defecto que si el ureter dura más de dos meses sin separarse de la vejiga, la comunicación uretero-rectal se obstruye.

Por último hay un procedimiento muy ingenioso que se realiza principalmente en el terreno experimental que es la técnica de James Farrell. Después de haber abierto el vientre se toma el asa sigmoide con el pulgar y el índice, para que por expresión se le vacíe o el contenido y coloque un clamp en la parte superior, quedando así aislado del resto del intestino.

Después de elegido y seccionado el ureter, se coloca encima de la pared intestinal en la cual previamente se le ha formado un lecho procurando disecar las capas circulares y longitudinales hasta descubrir la mucosa. Entonces, con una sutura cuidadosa no perforante se fija el ureter a la pared intestinal; después, con un hilo de seda o lino se hace un punto tomando la pared ureteral y las paredes intestinales en toda la extensión que el cirujano desee para la futura comunicación. Una



vez terminado este punto se hace otra nueva sutura procurando sepultar las partes comprendidas entre las dos puntadas.

Hecho esto se cierran las paredes de la herida peritoneal para terminar de sepultar el ureter. Entonces por medio de movimientos parecidos al de la sierra de cadena, el hilo de seda establece comunicación entre los dos órganos, una vez logrado esto el hilo se retira.

Para facilitar la comunicación entre el ureter y el intestino se aconseja cauterizar previamente con el cuchillo eléctrico toda la parte de este órgano comprendida entre los dos puntos, con los que se facilita la comunicación por los movimientos del hilo de seda.

Habiendo pasado revista de las diversas técnicas empleadas en las distintas partes del mundo, se podrían hacer las divisiones siguientes:

1c.—Antiguas, que incluían directamente el ureter en la luz del intestino. (Chaput).

2c.—Técnicas que llevan parte o todo el trigono vesical con sus ureteres. (Bergenheim, Maydl, Petters).

3c.—Técnicas que hacen anastomosis por medio de botones (antigua Boari; Moderna, Zoollinger).

4c.—Método llevando unido el extremo del ureter con sondas ureterales. (Coffey, número 2 etc.).

5c.—Métodos de transfección interrumpiendo la continuidad del ureter en la vejiga. (Coffey número 3).

6.—Métodos de transfección sin interrumpir la continuidad del ureter (Higgins).

Colocación submucosa del ureter. (Coffey).

Colocación intramuscular del ureter (Weitzel).

7c.—Introducción del ureter por medio de aparatos especiales tallos de cera, conductores, devisibles, conductor desarmable etc. (Himman).

8c.—Técnicas intraperitoneales y extraperitoneales (Moynikbam, Cabot).

9c.—Método de anastomosis llamados asépticos. (Técnicas de James Farrel, Coffey número 2).

10.—Método de anastomosis en dos tiempos, primero, fijación del ureter al intestino sin interrupción en su continuidad dos meses después sección ureteral e introducción del extremo del ureter al intestino.

insuficiencia porque en este caso sucede en los cancerosos, podría establecerse una complicación peligrosa, como una uremia total.

La técnica de Zoolinger ha pretendido resucitar en estos últimos tiempos las antiguas anastomosis hechas por medio de botones a semejanza del botón de Boire. Zoollinger ha ideado un botón bastante perfecto que coloca haciendo una implantación submucosa del ureter para la formación de la válvula.

Los tejidos que aprietan el botón se esfacelan y éste cae al intestino. Esta técnica ha sido realizada exclusivamente en animales.

La técnica del C. Higgins de Ohio, muy conveniente, establece la comunicación uretero-intestinal por un punto de seda a semejanza del método de Coffey número 3, pero sin interrumpir desde luego la comunicación del ureter con la vejiga.

Cuando este autor desea que la comunicación se haga más rápidamente, coloca una sonda en el intestino y anuda el punto de seda en la extremidad de la sonda. Esta operación ha tenido resultados, tanto experimentales como clínicos, bastante favorables.

La simplicidad del método y la falta de trastornos postoperatorios la hacen resaltar de los demás procedimientos.

Sin embargo, tiene el defecto que si el ureter dura más de dos meses sin separarse de la vejiga, la comunicación uretero-rectal se obstruye.

Por último hay un procedimiento muy ingenioso que se realiza principalmente en el terreno experimental que es la técnica de James Farrell. Después de haber abierto el vientre se toma el asa sigmoide con el pulgar y el índice, para que por expresión se le vacíe o el contenido y coloque un clamp en la parte superior, quedando así aislado del resto del intestino.

Después de elegido y seccionado el ureter, se coloca encima de la pared intestinal en la cual previamente se le ha formado un lecho procurando disecar las capas circulares y longitudinales hasta descubrir la mucosa. Entonces, con una sutura cuidadosa no perforante se fija el ureter a la pared intestinal; después, con un hilo de seda o lino se hace un punto tomando la pared ureteral y las paredes intestinales en toda la extensión que el cirujano desee para la futura comunicación. Una

vez terminado este punto se hace otra nueva sutura procurando sepultar las partes comprendidas entre las dos puntadas.

Hecho esto se cierran las paredes de la herida peritoneal para terminar de sepultar el ureter. Entonces por medio de movimientos parecidos al de la sierra de cadena, el hilo de seda establece comunicación entre los dos órganos, una vez logrado esto el hilo se retira.

Para facilitar la comunicación entre el ureter y el intestino se aconseja cauterizar previamente con el cuchillo eléctrico toda la parte de este órgano comprendida entre los dos puntos, con los que se facilita la comunicación por los movimientos del hilo de seda.

Habiendo pasado revista de las diversas técnicas empleadas en las distintas partes del mundo, se podrían hacer las divisiones siguientes:

1c.—Antiguas, que incluían directamente el ureter en la luz del intestino. (Chaput).

2c.—Técnicas que llevan parte o todo el trigono vesical con sus ureteres. (Bergenheim, Maydl, Petters).

3c.—Técnicas que hacen anastomosis por medio de botones (antigua Boari; Moderna, Zoollinger).

4c.—Método llevando unido el extremo del ureter con sondas ureterales. (Coffey, número 2 etc.).

5c.—Métodos de transficción interrumpiendo la continuidad del ureter en la vejiga. (Coffey número 3).

6.—Métodos de transficción sin interrumpir la continuidad del ureter (Higgins).

Colocación submucosa del ureter. (Coffey).

Colocación intramuscular del ureter (Weitzel).

7c.—Introducción del ureter por medio de aparatos especiales tallos de cera, conductores, devisibles, conductor desarmable etc. (Himman).

8c.—Técnicas intraperitoneales y extraperitoneales (Moynikbam, Cabot).

9c.—Método de anastomosis llamados asépticos. (Técnicas de James Farrel, Coffey número 2).

10.—Método de anastomosis en dos tiempos, primero, fijación del ureter al intestino sin interrupción en su continuidad dos meses después sección ureteral e introducción del extremo del ureter al intestino.

11o.—Formación en el extremo del ureter de un puño semejante al de la camisa. Maniobra de Van-der-Ven, de mucha utilidad logrando la formación de una papilla en lugar de una depresión como sucede en los otros procedimientos, impiden con ello las infecciones ascendentes como se ha comprobado en el terreno experimental.

Otra ventaja más de esta sencilla maniobra es que las estenosis postoperatorias no se producen, ni existe el peligro de la esfacelo del extremo ureteral ya introducido en el intestino.

LA TECNICA ELEGIDA, por nosotros es la extraperitoneal, cuyos diversos tiempos son los siguientes. Se hace una incisión oblicua de cada lado, a dos cms. adentro de la espina iliaca anterior y superior, de forma de arco, semejante a la que se usa para la ligadura de la iliaca externa.

Se secciona la aponeurosis y se disocian las masas musculares hasta descubrir la grasa subperitoneal y el fondo del sacoperitoneal que se secciona, y se toma con pinzas de anillos el colon sigmoide, se sutura este a los bordes de la herida peritoneal, entonces se practica el lecho del ureter que previamente ha sido descubierto y separado de la vejiga, ligando el cabo vesical y haciendo la maniobra de Van-Der-Ven. Se introduce en el intestino por una pequeña sección de la mucosa; un punto fija el ureter a la pared intestinal; se cierra la herida, el intestino queda en la parte de la fosa iliaca; se drena con un pequeño cigarrillo y se cierra la pared por planos.

La técnica arriba escrita es la que he preferido desde hace algún tiempo habiendo obtenido magníficos resultados, no es una técnica ideada en un solo principio pues para desarrollarla se ha tomado en cuenta fundamentalmente los hechos:

2o.—Aprovecha esta técnica los conceptos tan maravillosos de las válvulas de Coffey y tercero para garantizar que no haya infección ascendente usa la maniobra de Van-Der-Ven para formar un pequeño muñón después que el extremo del ureter se necrosa dando así más garantía a que no produzca infección ascendente por la vía linfática.

La implantación uretero sigmoide de gracias a los progresos actuales tanto en la preparación del enfermo como la modificación de las técnicas puede realizarse con bastante éxito, como hemos comprobado con enfer-

## URETERO-COLOSTOMÍA

mos estudiados minuciosamente en más de seis o ocho años en nuestra experiencia personal, y en más de veinticinco en el caso de la enferma del Dr. Rosendo Amor.

2.—Actualmente por medio experimental las técnicas se han mejorado considerablemente y se obtiene mayor éxito en el pos-operatorio, se han eliminado las peritonitis principalmente cuando se elige la vía extra-peritoneal, se han disminuido o suprimido las infecciones ascendentes así como también las dilataciones uretero piélicas tan frecuentes hace muchos años que acaban con la vida de los enfermos por la destrucción renal.

3.—Mediante la esterilización del contenido intestinal por la ingestión pre-operatoria de cantidades suficientes de succin-sulfatiazol o sus derivados los riesgos de las infecciones inmediatas han desaparecido, y por último en cuarto lugar esta intervención es relativamente sencilla y está al alcance de cualquier cirujano pudiendo recurrir cuando el estado del enfermo sea precario al empleo de la anestesia local.

11o.—Formación en el extremo del ureter de un puño semejante al de la camisa. Maniobra de Van-der-Ven, de mucha utilidad logrando la formación de una papilla en lugar de una depresión como sucede en los otros procedimientos, impiden con ello las infecciones ascendentes como se ha comprobado en el terreno experimental.

Otra ventaja más de esta sencilla maniobra es que las estenosis postoperatorias no se producen, ni existe el peligro de la esfacelo del extremo ureteral ya introducido en el intestino.

LA TECNICA ELEGIDA, por nosotros es la extraperitoneal, cuyos diversos tiempos son los siguientes. Se hace una incisión oblicua de cada lado, a dos cms. adentro de la espina iliaca anterior y superior, de forma de arco, semejante a la que se usa para la ligadura de la iliaca externa.

Se secciona la aponeurosis y se disocian las masas musculares hasta descubrir la grasa subperitoneal y el fondo del sacoperitoneal que se secciona, y se toma con pinzas de anillos el colon sigmoide, se sutura este a los bordes de la herida peritoneal, entonces se practica el lecho del ureter que previamente ha sido descubierto y separado de la vejiga, ligando el cabo vesical y haciendo la maniobra de Van-Der-Ven. Se introduce en el intestino por una pequeña sección de la mucosa; un punto fija el ureter a la pared intestinal; se cierra la herida, el intestino queda en la parte de la fosa iliaca; se drena con un pequeño cigarrillo y se cierra la pared por planos.

La técnica arriba escrita es la que he preferido desde hace algún tiempo habiendo obtenido magníficos resultados, no es una técnica ideada en un solo principio pues para desarrollarla se ha tomado en cuenta fundamentalmente los hechos:

2o.—Aprovecha esta técnica los conceptos tan maravillosos de las válvulas de Coffey y tercero para garantizar que no haya infección ascendente usa la maniobra de Van-Der-Ven para formar un pequeño muñón después que el extremo del ureter se necrosa dando así más garantía a que no produzca infección ascendente por la vía linfática.

La implantación uretero sigmoide de gracias a los progresos actuales tanto en la preparación del enfermo como la modificación de las técnicas puede realizarse con bastante éxito, como hemos comprobado con enfer-

## URETERO-COLOSTOMÍA

mos estudiados minuciosamente en más de seis o ocho años en nuestra experiencia personal, y en más de veinticinco en el caso de la enferma del Dr. Rosendo Amor.

2.—Actualmente por medio experimental las técnicas se han mejorado considerablemente y se obtiene mayor éxito en el pos-operatorio, se han eliminado las peritonitis principalmente cuando se elige la vía extra-peritoneal, se han disminuido o suprimido las infecciones ascendentes así como también las dilataciones uretero piélicas tan frecuentes hace muchos años que acaban con la vida de los enfermos por la destrucción renal.

3.—Mediante la esterilización del contenido intestinal por la ingestión pre-operatoria de cantidades suficientes de succin-sulfatiazol o sus derivados los riesgos de las infecciones inmediatas han desaparecido, y por último en cuarto lugar esta intervención es relativamente sencilla y está al alcance de cualquier cirujano pudiendo recurrir cuando el estado del enfermo sea precario al empleo de la anestesia local.



## John Hunter 1728-93

*El Genio de John Hunter \**

*Por Douglas Guthrie*

El nombre de John Hunter es de los más esclarecidos de la historia de la medicina. Hunter fué probablemente el más gran cirujano que vivió jamás. Digno sucesor de Ambroise Paré y precursor de Joseph Lister, y más capaz que cualquiera de ellos dos. Como anatomista y fisiólogo, sobresalió a Galeno y a Vesalio, y aun a William Harvey; como observador clínico, fué por lo menos el igual de Hipócrates y de Boerhaave. Pero, en la variedad de conocimientos y en la amplitud de ideas, John Hunter fué el más preclaro de todos ellos.

Es verdad que Hunter no llevó a cabo ningún descubrimiento sobresaliente. Pero si preparó el camino de muchos descubrimientos posteriores. Hizo de la anatomía una cosa vital; cambió por completo la cirugía, que antes había sido mera mano de obra, transformándola en ciencia; y demostró que la medicina en el sentido más amplio de la palabra, es materia que lo abarca todo, que sólo está limitada por la vida.

Hacemos bien en recordarle hoy, cuando hace casi exactamente doscientos años que empezó su carrera en Londres. Durante este período su influencia se ha sentido hondamente en los varios ramos de la medicina, ahora tan numerosos que nos desconciertan y aturden.

---

\* Conferencia sustentada en la Academia Mexicana de Cirugía el 29 de marzo de 1949.

Si John Hunter viviera hoy día, sin duda que lamentaría la rigurosa costumbre de la especialización, que caracteriza la medicina moderna, Y de nuevo se pondría a demostrar que todo organismo viviente está estrechamente ligado a lo que probablemente el llamaría la "economía" humana.

Si John Hunter actuaría de este modo, por que él no sólo estudió y enseñó la anatomía y la cirugía, sino la VIDA, en letras mayúsculas, en la salud y en la enfermedad, en *todos* los organismos de *todos* los animales y de *todas* las plantas, en *todas* las edades y en *todos* los períodos de la evolución.

No se le comprendió en vida, y su obra *todavía* no se aprecia ni se comprende a fondo, mismo después de dos siglos. Ella permanece, sin embargo, como el fundamento de muchos de nuestros conocimientos modernos.

El problema mayor de la medicina actual se encierra en una palabra: la *integración*, la totalidad, la calidad de entero. Vivimos en la época de la especialización. La desintegración actual de los conocimientos se hizo necesaria en el momento en que llegó a ser imposible que *un* sólo cerebro retuviese en sí el sin número de hechos revelados por la ciencia moderna. Para asegurar el adelanto médico llegó a ser preciso que cada trabajador limitase la esfera de sus investigaciones, y se aplicase a estudiar *una* parte del cuerpo, *una* enfermedad, *una* operación, *una* función. En esta búsqueda intensiva y estrictamente limitada, todos los conocimientos innecesarios tendrían que rechazarse. Bien podemos preguntarnos como, en tales circunstancias, pueda mantenerse la integración o sea, el punto de vista compuesto y comprensivo. La historia, sin embargo, nos da la respuesta. Sólo por el método histórico puede resolverse este problema fundamental de la medicina. Sólo mirando hacia atrás podremos encontrar el sendero de la marcha hacia adelante. Y, de entre todos los guías de los tiempos pasados, no hay nadie que mejor nos ayude en esta vía que este gran cirujano, sobre cuya vida y obra deseo llamaros ahora la atención. Aunque murió hace ya casi dos siglos, las lecciones que nos dejó son

## John Hunter 1728-93

*El Genio de John Hunter \**

*Por Douglas Guthrie*

El nombre de John Hunter es de los más esclarecidos de la historia de la medicina. Hunter fué probablemente el más gran cirujano que vivió jamás. Digno sucesor de Ambroise Paré y precursor de Joseph Lister, y más capaz que cualquiera de ellos dos. Como anatomista y fisiólogo, sobresalió a Galeno y a Vesalio, y aun a William Harvey; como observador clínico, fué por lo menos el igual de Hipócrates y de Boerhaave. Pero, en la variedad de conocimientos y en la amplitud de ideas, John Hunter fué el más preclaro de todos ellos.

Es verdad que Hunter no llevó a cabo ningún descubrimiento sobresaliente. Pero si preparó el camino de muchos descubrimientos posteriores. Hizo de la anatomía una cosa vital; cambió por completo la cirugía, que antes había sido mera mano de obra, transformándola en ciencia; y demostró que la medicina en el sentido más amplio de la palabra, es materia que lo abarca todo, que sólo está limitada por la vida.

Hacemos bien en recordarle hoy, cuando hace casi exactamente doscientos años que empezó su carrera en Londres. Durante este período su influencia se ha sentido hondamente en los varios ramos de la medicina, ahora tan numerosos que nos desconciertan y aturden.

---

\* Conferencia sustentada en la Academia Mexicana de Cirugía el 29 de marzo de 1949.

Si John Hunter viviera hoy día, sin duda que lamentaría la rigurosa costumbre de la especialización, que caracteriza la medicina moderna, Y de nuevo se pondría a demostrar que todo organismo viviente está estrechamente ligado a lo que probablemente el llamaría la "economía" humana.

Si John Hunter actuaría de este modo, por que él no sólo estudió y enseñó la anatomía y la cirugía, sino la VIDA, en letras mayúsculas, en la salud y en la enfermedad, en *todos* los organismos de *todos* los animales y de *todas* las plantas, en *todas* las edades y en *todos* los períodos de la evolución.

No se le comprendió en vida, y su obra *todavía* no se aprecia ni se comprende a fondo, mismo después de dos siglos. Ella permanece, sin embargo, como el fundamento de muchos de nuestros conocimientos modernos.

El problema mayor de la medicina actual se encierra en una palabra: la *integración*, la totalidad, la calidad de entero. Vivimos en la época de la especialización. La desintegración actual de los conocimientos se hizo necesaria en el momento en que llegó a ser imposible que *un* sólo cerebro retuviese en sí el sin número de hechos revelados por la ciencia moderna. Para asegurar el adelanto médico llegó a ser preciso que cada trabajador limitase la esfera de sus investigaciones, y se aplicase a estudiar *una* parte del cuerpo, *una* enfermedad, *una* operación, *una* función. En esta búsqueda intensiva y estrictamente limitada, todos los conocimientos innecesarios tendrían que rechazarse. Bien podemos preguntarnos como, en tales circunstancias, pueda mantenerse la integración o sea, el punto de vista compuesto y comprensivo. La historia, sin embargo, nos da la respuesta. Sólo por el método histórico puede resolverse este problema fundamental de la medicina. Sólo mirando hacia atrás podremos encontrar el sendero de la marcha hacia adelante. Y, de entre todos los guías de los tiempos pasados, no hay nadie que mejor nos ayude en esta vía que este gran cirujano, sobre cuya vida y obra deseo llamaros ahora la atención. Aunque murió hace ya casi dos siglos, las lecciones que nos dejó son

tan vivas é instructivas que ningún estudiante de medicina debiera dejar de aprovecharse de ellas.

Durante la niñez y en la mocedad, John Hunter no dió la muestra reveladora de la carrera brillante que iba a cumplir. El menor de una familia de diez hijos, John nació en la granja de Long Calderwood, en la cumbre de un monte cerca de East Gillbryde, a unas siete millas de Glasgow, el 14 de febrero de 1728. Cuando de diez años de edad murió su padre, desde entonces fué el niño mimado de una madre que le trataba siempre con demasiada indulgencia, y la desesperación de sus maestros, si es que en verdad él entró jamás a la escuela. Lo único que acerca de este último particular sabemos es que John Hunter, a la edad de diecisiete años, no sabía ni leer ni escribir.

A pesar de su falta de erudición, sin embargo, no era necio. No es tampoco siempre el chico del "sobresaliente" en el colegio el que como regla se distinga después en la vida. No, el chico que en la clase a veces parece estúpido en ocasiones aventaja a aquel en la vida.

John Hunter fué uno de estos casos: su genio floreció tarde. Pero aun en la juventud demostró afán de saber, lo cual representa el primer paso hacia la erudición. No se contentó con aceptar a ciegas todos los fenómenos comunes de la naturaleza. En sus propias palabras: "I wanted to know all about the clouds and the grasses, and *why* the leaves changed colour in the autumn: I watched the ants, bees, birds, tadpoles and caddisworms: I pestered people with questions about what nobody knew or cared anything about". (Quería saber todo lo relativo a las nubes y a las hierbas, y *porqué* las hojas cambiaban de color en el otoño: Observaba las hormigas, las abejas, los pájaros, los renacuajos y los gusanillos: iba molestando a todos con preguntas acerca de cosas que ignoraban y por las cuales no se interesaban en absoluto.

Y esta es la primera lección que nos da John Hunter: la capacidad de retener en nuestra vida de adultos ese espíritu investigador y ese afán de saber, tan naturales, de niño, y sin embargo tan expuestos a "fade into the light of common day" (desvanecerse con la luz de todos los días) cuando se llega a la edad adulta. Ese espíritu de que hablo fué la gran fuerza impulsora de la carrera de John Hunter.

y el que hizo brotar su talento, tan latente durante los años de su mocedad.

Su hermano William, que le llevaba diez años de edad, y era amigo de William Cullen, fundador de la Facultad de Medicina de Glasgow, y de William Smellie, fundador de la obstetricia moderna: iba haciéndose ya conocido en Lóndres como anatomista y como partero. William Hunter había sido educado primero para la Iglesia, pero en la Universidad de Glasgow cayó bajo la influencia de Cullen, quien había empezado a ejercer su profesión en su ciudad natal de Hamilton. William Hunter se dedicó entonces a estudiar la medicina, y más adelante fué asociado de Cullen en el mismo Hamilton. Pero ese pequeño pueblo no podía ser campo de acción bastante amplio para dos hombres tan capaces. Cullen se marchó a Glasgow, donde en 1747 consiguió la Cátedra de Química, y después a Edinburgo, donde, en los últimos años de su vida, ocupó la Cátedra de Materia Médica y de Medicina.

Entre tanto el mayor de los Hunter, como muchos escoceses de la época, se marchó a Inglaterra y, en Londres, se asoció con William Smellie. Después de ejercer su profesión durante diecisiete años en su ciudad natal de Lanark, Smellie hacía dos años que estaba en Londres, y muy pronto iba a convertirse no sólo en el más grande partero de su época, sino de la historia. También William Hunter se distinguió en la Obstetricia. Sus modales elegantes le proporcionaron la entrada en la alta sociedad y aristocracia del día, y así asistió a la Reina Charlotte en el nacimiento del primero de sus quince hijos, príncipe que fué después el Rey Jorge Cuarto. Su obra médica más importante es su magnífico volumen "The Anatomy of the Human Gravid Uterus" (La Anatomía del Utero Humano Grávido), publicado por la Imprenta Baskerville, en 1775. Pero fué como profesor de anatomía que William Hunter sobresalió especialmente. En 1767, fundó la *Windmill Street School of Anatomy*, el centro de los estudios de anatomía en Londres durante los siguientes 64 años. Después de trabajar algún tiempo con su amigo el Doctor Smellie, Hunter pasó a asociarse con el Doctor James Douglas, cuyo nombre vive aun en la frase "the Pouch of Douglas" (El fondo de saco de Douglas). Fué

tan vivas é instructivas que ningún estudiante de medicina debiera dejar de aprovecharse de ellas.

Durante la niñez y en la mocedad, John Hunter no dió la muestra reveladora de la carrera brillante que iba a cumplir. El menor de una familia de diez hijos, John nació en la granja de Long Calderwood, en la cumbre de un monte cerca de East Gillbryde, a unas siete millas de Glasgow, el 14 de febrero de 1728. Cuando de diez años de edad murió su padre, desde entonces fué el niño mimado de una madre que le trataba siempre con demasiada indulgencia, y la desesperación de sus maestros, si es que en verdad él entró jamás a la escuela. Lo único que acerca de este último particular sabemos es que John Hunter, a la edad de diecisiete años, no sabía ni leer ni escribir.

A pesar de su falta de erudición, sin embargo, no era necio. No es tampoco siempre el chico del "sobresaliente" en el colegio el que como regla se distinga después en la vida. No, el chico que en la clase a veces parece estúpido en ocasiones aventaja a aquel en la vida.

John Hunter fué uno de estos casos: su genio floreció tarde. Pero aun en la juventud demostró afán de saber, lo cual representa el primer paso hacia la erudición. No se contentó con aceptar a ciegas todos los fenómenos comunes de la naturaleza. En sus propias palabras: "I wanted to know all about the clouds and the grasses, and *why* the leaves changed colour in the autumn: I watched the ants, bees, birds, tadpoles and caddisworms: I pestered people with questions about what nobody knew or cared anything about". (Quería saber todo lo relativo a las nubes y a las hierbas, y *porqué* las hojas cambiaban de color en el otoño: Observaba las hormigas, las abejas, los pájaros, los renacuajos y los gusanillos: iba molestando a todos con preguntas acerca de cosas que ignoraban y por las cuales no se interesaban en absoluto.

Y esta es la primera lección que nos da John Hunter: la capacidad de retener en nuestra vida de adultos ese espíritu investigador y ese afán de saber, tan naturales, de niño, y sin embargo tan expuestos a "fade into the light of common day" (desvanecerse con la luz de todos los días) cuando se llega a la edad adulta. Ese espíritu de que hablo fué la gran fuerza impulsora de la carrera de John Hunter.



y el que hizo brotar su talento, tan latente durante los años de su mocedad.

Su hermano William, que le llevaba diez años de edad, y era amigo de William Cullen, fundador de la Facultad de Medicina de Glasgow, y de William Smellie, fundador de la obstetricia moderna: iba haciéndose ya conocido en Lóndres como anatomista y como partero. William Hunter había sido educado primero para la Iglesia, pero en la Universidad de Glasgow cayó bajo la influencia de Cullen, quien había empezado a ejercer su profesión en su ciudad natal de Hamilton. William Hunter se dedicó entonces a estudiar la medicina, y más adelante fué asociado de Cullen en el mismo Hamilton. Pero ese pequeño pueblo no podía ser campo de acción bastante amplio para dos hombres tan capaces. Cullen se marchó a Glasgow, donde en 1747 consiguió la Cátedra de Química, y después a Edinburgo, donde, en los últimos años de su vida, ocupó la Cátedra de Materia Médica y de Medicina.

Entre tanto el mayor de los Hunter, como muchos escoceses de la época, se marchó a Inglaterra y, en Londres, se asoció con William Smellie. Después de ejercer su profesión durante diecisiete años en su ciudad natal de Lanark, Smellie hacía dos años que estaba en Londres, y muy pronto iba a convertirse no sólo en el más grande partero de su época, sino de la historia. También William Hunter se distinguió en la Obstetricia. Sus modales elegantes le proporcionaron la entrada en la alta sociedad y aristocracia del día, y así asistió a la Reina Charlotte en el nacimiento del primero de sus quince hijos, príncipe que fué después el Rey Jorge Cuarto. Su obra médica más importante es su magnífico volumen "The Anatomy of the Human Gravid Uterus" (La Anatomía del Utero Humano Grávido), publicado por la Imprenta Baskerville, en 1775. Pero fué como profesor de anatomía que William Hunter sobresalió especialmente. En 1767, fundó la *Windmill Street School of Anatomy*, el centro de los estudios de anatomía en Londres durante los siguientes 64 años. Después de trabajar algún tiempo con su amigo el Doctor Smellie, Hunter pasó a asociarse con el Doctor James Douglas, cuyo nombre vive aun en la frase "the Pouch of Douglas" (El fondo de saco de Douglas). Fué

también novio de la hija de Douglas, pero ésta murió un año después, y William Hunter no se casó jamás.

Durante estos primeros años en Londres, William Hunter no se olvidó de sus hermanos, en la casa de Long Calderwood. El primero a quién invitó a participar de su fortuna fué su hermano James (Jaime), quien, antes de abandonar la carrera de abogado por la de medicina, había ejercido su profesión en Edinburgo. Este, desgraciadamente, contrajo una tuberculosis pulmonar, y se regresó a Londres en 1742 para ir a morir a su casa. También vivió algún tiempo en casa de William una de sus hermanas, Dorothea (Dorotea), quien, más tarde, contrajo matrimonio con el Rev. James Baillie, Catedrático de Teología en la Universidad de Glasgow. Su hijo de ellos, el Doctor Matthew Baillie, llegó a ser en Londres el médico más importante de la época: rehusó aceptar el título de *baronet*, y escribió una obra clásica sobre la anatomía patológica libro que fué el primer compendio sobre la materia escrito por un inglés.

La hermana de Matthew, Joanna Baillie, fué poetisa, amiga de Sir Walter Scott.

Por cierto que los Hunter fué una familia muy inteligente, de allí que el precursor, que fué William, fuera muy pronto a ceder el paso a su hermano John. Pero, como hemos visto, John no había dado hasta entonces muestra ninguna de genio, de manera que debió ser con algún reparo que William le invitó a venir a asociarse con él, y a ayudarle en la clase de anatomía, que acababa de iniciar por su cuenta, después de un aprendizaje largo y esmerado en Edinburgo, París y Leyden. Esto fué en el otoño de 1748, hace ahora casi exactamente doscientos años. No es difícil evocar el cuadro de John Hunter, saliendo a caballo de Long Calderwood, y luego llegando a Londres, después de quince días de viaje, poco antes del comienzo del curso de invierno. William le dió un miembro torácico para que lo disecase. Le satisfizo mucho la disección, y, durante los siguiente diez años, John siguió como el asociado de su hermano. William lo envió a Oxford a continuar sus estudios, pero John nunca fué un erudito: prefería estudiar el libro de la Naturaleza.

En Londres John Hunter estudió la cirugía con William Chesel-

den, quien solía llevar a cabo la litotomía en menos de un minuto, y después con Percival Pott, cuyo nombre es bien famoso por sus estudios sobre la tuberculosis de las vértebras y acerca del cáncer del escroto de los deshollinadores (*chimney-sweep's cancer*), trabajó el último considerado como la base inicial de los modernos estudios sobre la *carcinogenesis*, que tan nueva y prometedora vía han abierto en el estudio de la etiología y tratamiento del cáncer, o de ciertas variedades de cáncer. En 1756 Pott se cayó de su caballo en Old Kent Road y sufrió una fractura abierta de la pierna. En tales casos, por lo general se imponía entonces la amputación, pero, a Pott, afortunadamente, se le salvó la suya, y él aprovechó el largo período de su convalecencia escribiendo un tratado sobre la hernia. Pott trabajó cincuenta años en el Hospital de St. Bartholomew (San Bartolomé) y fué el cirujano más connotado de Londres antes de que John Hunter empezase a ejercer su profesión.

Fué en esta época que John y William Hunter describieron los canales lagrimales, los tubos seminíferos, la hernia congénita, la estructura de la placenta, etc., etc. Infortunadamente, acerca de la prioridad, en cada uno de estos descubrimientos surgió una disputa con Alexander Monro (secundus) de Edinburgo, con Percival Pott, y hasta entre los mismos hermanos. Quizás no es tan extraño que se riñiesen John y William: éste, que había educado y ayudado tanto a Juan, tuvo que reconocer los talentos superiores de su hermano menor. Los dos hermanos nunca llegaron a reconciliarse plenamente. William no asistió a la boda de John y John no asistió al entierro de William quien, por otra parte, no menciona a John en su testamento.

Después de haber permanecido asociado con su hermano William durante once años, a John de pronto se le interrumpió su carrera, por causa de enfermedad. Adquirió una tuberculosis en 1759, y, acordándose de lo que le había sucedido a su hermano, decidió mudarse a una región de clima más caliente. Pero John no pudo desistir del trabajo: no hizo más que cambiar de ocupación, alistándose en el ejército, lo que le proporcionó el descanso y la variedad que necesitaba. Durante los siguientes cuatro años sirvió primero en Belle Isle y después en Portugal. Mientras estaba en servicio, no sólo adquirió experiencia en

también novio de la hija de Douglas, pero ésta murió un año después, y William Hunter no se casó jamás.

Durante estos primeros años en Londres, William Hunter no se olvidó de sus hermanos, en la casa de Long Calderwood. El primero a quién invitó a participar de su fortuna fué su hermano James (Jaime), quien, antes de abandonar la carrera de abogado por la de medicina, había ejercido su profesión en Edinburgo. Este, desgraciadamente, contrajo una tuberculosis pulmonar, y se regresó a Londres en 1742 para ir a morir a su casa. También vivió algún tiempo en casa de William una de sus hermanas, Dorothea (Dorotea), quien, más tarde, contrajo matrimonio con el Rev. James Baillie, Catedrático de Teología en la Universidad de Glasgow. Su hijo de ellos, el Doctor Matthew Baillie, llegó a ser en Londres el médico más importante de la época: rehusó aceptar el título de *baronet*, y escribió una obra clásica sobre la anatomía patológica libro que fué el primer compendio sobre la materia escrito por un inglés.

La hermana de Matthew, Joanna Baillie, fué poetisa, amiga de Sir Walter Scott.

Por cierto que los Hunter fué una familia muy inteligente, de allí que el precursor, que fué William, fuera muy pronto a ceder el paso a su hermano John. Pero, como hemos visto, John no había dado hasta entonces muestra ninguna de genio, de manera que debió ser con algún reparo que William le invitó a venir a asociarse con él, y a ayudarlo en la clase de anatomía, que acababa de iniciar por su cuenta, después de un aprendizaje largo y esmerado en Edinburgo, París y Leyden. Esto fué en el otoño de 1748, hace ahora casi exactamente doscientos años. No es difícil evocar el cuadro de John Hunter, saliendo a caballo de Long Calderwood, y luego llegando a Londres, después de quince días de viaje, poco antes del comienzo del curso de invierno. William le dió un miembro torácico para que lo disecase. Le satisfizo mucho la disección, y, durante los siguiente diez años, John siguió como el asociado de su hermano. William lo envió a Oxford a continuar sus estudios, pero John nunca fué un erudito: prefería estudiar el libro de la Naturaleza.

En Londres John Hunter estudió la cirugía con William Chesel-

den, quien solía llevar a cabo la litotomía en menos de un minuto, y después con Percival Pott, cuyo nombre es bien famoso por sus estudios sobre la tuberculosis de las vértebras y acerca del cáncer del escroto de los deshollinadores (*chimney-sweep's cancer*), trabajó el último considerado como la base inicial de los modernos estudios sobre la *carcinogenesis*, que tan nueva y prometedora vía han abierto en el estudio de la etiología y tratamiento del cáncer, o de ciertas variedades de cáncer. En 1756 Pott se cayó de su caballo en Old Kent Road y sufrió una fractura abierta de la pierna. En tales casos, por lo general se imponía entonces la amputación, pero, a Pott, afortunadamente, se le salvó la suya, y él aprovechó el largo período de su convalecencia escribiendo un tratado sobre la hernia. Pott trabajó cincuenta años en el Hospital de St. Bartholomew (San Bartolomé) y fué el cirujano más connotado de Londres antes de que John Hunter empezase a ejercer su profesión.

Fué en esta época que John y William Hunter describieron los canales lagrimales, los tubos seminíferos, la hernia congénita, la estructura de la placenta, etc., etc. Infortunadamente, acerca de la prioridad, en cada uno de estos descubrimientos surgió una disputa con Alexander Monro (secundus) de Edinburgo, con Percival Pott, y hasta entre los mismos hermanos. Quizás no es tan extraño que se riñiesen John y William: éste, que había educado y ayudado tanto a Juan, tuvo que reconocer los talentos superiores de su hermano menor. Los dos hermanos nunca llegaron a reconciliarse plenamente. William no asistió a la boda de John y John no asistió al entierro de William quien, por otra parte, no menciona a John en su testamento.

Después de haber permanecido asociado con su hermano William durante once años, a John de pronto se le interrumpió su carrera, por causa de enfermedad. Adquirió una tuberculosis en 1759, y, acordándose de lo que le había sucedido a su hermano, decidió mudarse a una región de clima más caliente. Pero John no pudo desistir del trabajo: no hizo más que cambiar de ocupación, alistándose en el ejército, lo que le proporcionó el descanso y la variedad que necesitaba. Durante los siguientes cuatro años sirvió primero en Belle Isle y después en Portugal. Mientras estaba en servicio, no sólo adquirió experiencia en

el conocimiento de las heridas por armas de fuego, sino que también en los intervalos de descanso llevó a cabo varios experimentos con las lagartijas migratorias y acerca del sentido del oído de los peces.

Restablecida su salud, John regresó a la vida civil en Londres, en 1763, compró una casa en Golden Square, y empezó a ejercer la cirugía y la enseñanza de la anatomía. Aunque en poco tiempo se granjeó una clientela numerosa, la consideraba sólo como medio de permitirle seguir adelante sus investigaciones. "Bueno, Lynn", dijo a un amigo suyo, "no tengo más remedio que ir a ganar esa guinea maldita; es seguro que la necesitaré mañana". Como conferenciante resultó malo. Debido a la falta de educación fundamental, le resultaba difícil explicarse, y pocas veces levantaba los ojos del manuscrito. Además, sus ideas serán demasiado originales para que el estudiante ordinario las estimase en lo que valían, y luego muchas veces se oponían a la doctrina corriente. Claro, también, que sus colegas en la cirugía operatoria no podía entender esta preocupación de Hunter con los animales y las plantas y la consideraban nada más que como extravagancia. La observación penerante de Hunter se aprecia en varias advertencias suyas: "No escriban eso; a lo mejor cambio de opinión el año próximo", "No me pregunten que cosas dije, ni que cosas escribí; pero si me preguntan cuales son ahora mis ideas se las diré".

John Hunter había ejercido su profesión cerca de diez años; había sido nombrado Fellow of the Royal Society, se había movido a la casa de William, en Jermyn Street (cuando este fundó la Windmill Street School); había sido nombrado cirujano del Hospital de St. George (San Jorge), y se había casado: todo esto antes de la publicación de su primera obra, "The Natural History of the Human Teeth" (Historia Natural de la Dentadura Humana), y de la iniciación de su primer curso de conferencias sobre Cirugía, las cuales abarcaron "the whole circle of the Sciences round Surgery" (todas las ciencias que tocan cerca con la cirugía). John Hunter declaró que, para comprender las condiciones de una enfermedad, era preciso estudiar la estructura y las funciones de todos los tejidos vivientes, no sólo en los hombres, sino también en los animales, y hasta en las plantas. No era esa teoría escolástica ninguna, pero sí una llamada en línea recta al libro de



la naturaleza. Uno de sus primeros trabajos tuvo por tema "The Post-mortem Digestion of the Stomach" (La Digestión Postmortem del Estómago). Otro artículo trataba de "The Electric organs of fishes" (Los órganos eléctricos de los peces). En otro trabajo escribió acerca de "The air sacs of birds" (La bolsa de aire de los pájaros). Uno cuarto llevaba por título "The Anatomy of the Gizzard Trout" (La Anatomía de la Trucha). Estos son nada más que unos cuantos del sin número de problemas biológicos que John Hunter contribuyó a resolver. Para poder adelantar este programa enorme de investigaciones, John Hunter adquirió una pequeña finca en Earl's Court, que todavía en aquella época quedaba en el campo, a dos millas de Londres. Allí edificó una casa, en la cual vivía unos meses del año; y allí tenía animales de muchas especies. Había en ella un estanque para los peces; una jaula para pájaros; colmenas para las abejas, y una guarida o casa para los animales feroces, como leopardos, los cuales alguna vez intentaron seriamente escaparse. Todos los animales, grandes y pequeños, debían estudiarse. "Quiero tener todo lo concerniente a la especie de las abejas", escribió a un amigo en Africa, "incluso las avispas y los avispones, con sus nidos". En una Conferencia, "Observations of the Bees" (Observaciones sobre las Abejas), dictada en la Royal Society un año antes de su muerte, demostró como la cera la secretaban las mismas abejas, y que no la tomaban de otra parte, como la miel, como antes se había creído.

Como muchas otros anatomistas, John Hunter se interesó mucho por las ballenas. "El corazón del cachalote parece ser enorme", escribe: "La aorta tiene un pie de diámetro. Cuando nos damos cuenta de que arrojan de un golpe diez galones de sangre, el hecho asombra".

En el sótano de la casa había una gran caldera de cobre, que empleaba para preparar los esqueletos. El ejemplar más famoso de su especie fué el esqueleto de Charles O'Brien, el gigante irlandés. Este hombre, que tenía ocho pies y cuatro pulgadas de altura, solía encender su pipa en los faroles de Londres. Era un tuberculoso, y, sabiendo que John Hunter quería tener sus huesos, ordenó que se le enterrase en el mar. Hunter determinó sobornar a los hombres a quienes se había encomendado el cuerpo, ofreciéndoles 50 libras por él; pero no su-



el conocimiento de las heridas por armas de fuego, sino que también en los intervalos de descanso llevó a cabo varios experimentos con las lagartijas migratorias y acerca del sentido del oído de los peces.

Restablecida su salud, John regresó a la vida civil en Londres, en 1763, compró una casa en Golden Square, y empezó a ejercer la cirugía y la enseñanza de la anatomía. Aunque en poco tiempo se granjeó una clientela numerosa, la consideraba sólo como medio de permitirle seguir adelante sus investigaciones. "Bueno, Lynn", dijo a un amigo suyo, "no tengo más remedio que ir a ganar esa guinea maldita; es seguro que la necesitaré mañana". Como conferenciante resultó malo. Debido a la falta de educación fundamental, le resultaba difícil explicarse, y pocas veces levantaba los ojos del manuscrito. Además, sus ideas serán demasiado originales para que el estudiante ordinario las estimase en lo que valían, y luego muchas veces se oponían a la doctrina corriente. Claro, también, que sus colegas en la cirugía operatoria no podía entender esta preocupación de Hunter con los animales y las plantas y la consideraban nada más que como extravagancia. La observación penerante de Hunter se aprecia en varias advertencias suyas: "No escriban eso; a lo mejor cambio de opinión el año próximo", "No me pregunten que cosas dije, ni que cosas escribí; pero si me preguntan cuales son ahora mis ideas se las diré".

John Hunter había ejercido su profesión cerca de diez años; había sido nombrado Fellow of the Royal Society, se había movido a la casa de William, en Jermyn Street (cuando este fundó la Windmill Street School); había sido nombrado cirujano del Hospital de St. George (San Jorge), y se había casado: todo esto antes de la publicación de su primera obra, "The Natural History of the Human Teeth" (Historia Natural de la Dentadura Humana), y de la iniciación de su primer curso de conferencias sobre Cirugía, las cuales abarcaron "the whole circle of the Sciences round Surgery" (todas las ciencias que tocan cerca con la cirugía). John Hunter declaró que, para comprender las condiciones de una enfermedad, era preciso estudiar la estructura y las funciones de todos los tejidos vivientes, no sólo en los hombres, sino también en los animales, y hasta en las plantas. No era esa teoría escolástica ninguna, pero sí una llamada en línea recta al libro de

la naturaleza. Uno de sus primeros trabajos tuvo por tema "The Post-mortem Digestion of the Stomach" (La Digestión Postmortem del Estómago). Otro artículo trataba de "The Electric organs of fishes" (Los órganos eléctricos de los peces). En otro trabajo escribió acerca de "The air sacs of birds" (La bolsa de aire de los pájaros). Uno cuarto llevaba por título "The Anatomy of the Gizzard Trout" (La Anatomía de la Trucha). Estos son nada más que unos cuantos del sin número de problemas biológicos que John Hunter contribuyó a resolver. Para poder adelantar este programa enorme de investigaciones, John Hunter adquirió una pequeña finca en Earl's Court, que todavía en aquella época quedaba en el campo, a dos millas de Londres. Allí edificó una casa, en la cual vivía unos meses del año; y allí tenía animales de muchas especies. Había en ella un estanque para los peces; una jaula para pájaros; colmenas para las abejas, y una guarida o casa para los animales feroces, como leopardos, los cuales alguna vez intentaron seriamente escaparse. Todos los animales, grandes y pequeños, debían estudiarse. "Quiero tener todo lo concerniente a la especie de las abejas", escribió a un amigo en Africa, "incluso las avispas y los avispones, con sus nidos". En una Conferencia, "Observations of the Bees" (Observaciones sobre las Abejas), dictada en la Royal Society un año antes de su muerte, demostró como la cera la secretaban las mismas abejas, y que no la tomaban de otra parte, como la miel, como antes se había creído.

Como muchas otros anatomistas, John Hunter se interesó mucho por las ballenas. "El corazón del cachalote parece ser enorme", escribe: "La aorta tiene un pie de diámetro. Cuando nos damos cuenta de que arrojan de un golpe diez galones de sangre, el hecho asombra".

En el sótano de la casa había una gran caldera de cobre, que empleaba para preparar los esqueletos. El ejemplar más famoso de su especie fué el esqueleto de Charles O'Brien, el gigante irlandés. Este hombre, que tenía ocho pies y cuatro pulgadas de altura, solía encender su pipa en los faroles de Londres. Era un tuberculoso, y, sabiendo que John Hunter quería tener sus huesos, ordenó que se le enterrase en el mar. Hunter determinó sobornar a los hombres a quienes se había encomendado el cuerpo, ofreciéndoles 50 libras por él; pero no su-

po ocultar sus deseos, y ellos se dieron cuenta de su interés en seguida: cada vez fueron aumentándo más el precio, hasta que, finalmente obtuvo el cadáver por 500 libras.

Los pies de este esqueleto se ven en el retrato de John Hunter por Sir Joshua Reynolds, el cual está ahora en el Royal College of Surgeons (Colegio Real de Cirujanos) de Inglaterra. Los grabados de este retrato, por William Sharp, son muy apreciados y se han hecho ahora muy costosos.

John Hunter era de estatura baja, cuello corto, las facciones fuertes y bastante grandes, y el pelo castaño, que en los últimos años de su vida se hizo blanco. En julio de 1771, se casó con Anne Home, hija de un oficial compañero suyo en el ejército, y de buena familia. Veintinueve años tenía ella y cuarenta y tres él cuando se casaron. El matrimonio fué muy feliz, aunque la afición que Anne tenía por las fiestas y demás diversiones ha debido en parte contrariar las inclinaciones estudiosas de su marido. Los Hunter tuvieron cuatro hijos: dos murieron de niños; el mayor de los sobrevivientes, John, entró en el ejército, pero no se casó, y la menor, Anne, casó dos veces; pero no tuvo hijos. Así que la familia de los Hunter desapareció completamente. Sus representantes ahora son los descendientes del sobrino Matthew Baillie. Mrs. Hunter, quien sobrevivió veintisiete años a su marido, murió en 1821.

La señora Hunter publicó un libro de poesías, el cual incluye su poema lírico más conocido, "Mi mother bids me bind my hair" (Mi madre me manda amarrarme los cabellos).

John Hunter siguió la costumbre de la época de tener algunos alumnos que vivían con él y su familia, esta era una fuente importante de entradas para los cirujanos de entonces. Muchos de entre los alumnos de Hunter se distinguieron después, John Albernethy, Henry Clinnes, Sir Astrey Cooper, por ejemplo, todos tres figuras eminentes en la historia de la cirugía en Inglaterra. Otro alumno suyo fué Philip Syng Phisick de Filadelfia, quien mereció el título de "Padre de la cirugía americana". Pero el más grande de todos los alumnos de Hunter fué un simple médico que pasó la mayor parte de su vida en la al-

dea de Berkeley, en el Condado de Gloucester, donde su padre fué vicario.

Edward Jenner nació allí en 1749. Durante varios años vivió en Londres, en casa de John Hunter, de ahí surgió una amistad entre maestro y discípulo que iba a durar toda la vida, y a tener resultados decisivos. Afortunadamente se conservan muchas cartas de las que John Hunter escribió a Jenner: estas muestran que los dos trabajaron juntos en vía de resolver varios problemas biológicos, como los relativos a la temperatura de los erizos en invierno, a la temperatura de los árboles en crecimiento, a las costumbres de los cuclillos que ponen huevos en los nidos de otras aves, y al plumaje de los mirlos en la época de hacer el nido. Escribe Hunter: "No tengo nadie a quien me de tanto gusto escribir como a ti, ni a quien deba más. Llegaron los erizos, uno ya muerto, del cual he hecho una disección. Conseguí luego los mirlos, y creo que me vendrán muy bien".

En otra ocasión, cuando Jenner, salió desengañado de una intriga amorosa, Hunter le escribió: "Me alegré mucho de saber que ibas a casarte con una dama noble, pero déjale que se vaya, no te contraries por eso. Tengo un empleo para ti con mis erizos, que no se hasta que punto fiarme de ellos". Luego vienen acerca del método de averiguar la temperatura, y termina así: "No hay murciélagos en el viejo castillo de Berkeley? Me gustaría que se hiciesen con ellos experimentos, como los que estamos haciendo con los erizos".

La carta más conocida tiene fecha de agosto de 1775: "Te agradezco el experimento del erizo, pero porque me haces una pregunta para resolverlo, Pienso que tienes razón; pero, ¿por qué pensar? ¿Por qué no pones a prueba el experimento?... Y que me enteres del resultado". Esta frase tan conocida, ¿"Por qué pensar? ¿Por qué no lo pones a prueba?" se cita a menudo equivocadamente, empezando con "No pienses", pero el consejo en esta última forma no hubiera salido nunca de los labios de un pensador profundo como era John Hunter. Su pensamiento, sin embargo, no tuvo nunca origen en los libros ajenos: surgió siempre de sus propias observaciones y experimentos.

Había algo de idílico en esta colaboración entre el cirujano de la ciudad, John Hunter, y el médico del campo, Edward Jenner. Aquel

po ocultar sus deseos, y ellos se dieron cuenta de su interés en seguida: cada vez fueron aumentándo más el precio, hasta que, finalmente obtuvo el cadáver por 500 libras.

Los pies de este esqueleto se ven en el retrato de John Hunter por Sir Joshua Reynolds, el cual está ahora en el Royal College of Surgeons (Colegio Real de Cirujanos) de Inglaterra. Los grabados de este retrato, por William Sharp, son muy apreciados y se han hecho ahora muy costosos.

John Hunter era de estatura baja, cuello corto, las facciones fuertes y bastante grandes, y el pelo castaño, que en los últimos años de su vida se hizo blanco. En julio de 1771, se casó con Anne Home, hija de un oficial compañero suyo en el ejército, y de buena familia. Veintinueve años tenía ella y cuarenta y tres él cuando se casaron. El matrimonio fué muy feliz, aunque la afición que Anne tenía por las fiestas y demás diversiones ha debido en parte contrariar las inclinaciones estudiosas de su marido. Los Hunter tuvieron cuatro hijos: dos murieron de niños; el mayor de los sobrevivientes, John, entró en el ejército, pero no se casó, y la menor, Anne, casó dos veces; pero no tuvo hijos. Así que la familia de los Hunter desapareció completamente. Sus representantes ahora son los descendientes del sobrino Matthew Baillie. Mrs. Hunter, quien sobrevivió veintisiete años a su marido, murió en 1821.

La señora Hunter publicó un libro de poesías, el cual incluye su poema lírico más conocido, "Mi mother bids me bind my hair" (Mi madre me manda amarrarme los cabellos).

John Hunter siguió la costumbre de la época de tener algunos alumnos que vivían con él y su familia, esta era una fuente importante de entradas para los cirujanos de entonces. Muchos de entre los alumnos de Hunter se distinguieron después, John Albernethy, Henry Clinnes, Sir Astrey Cooper, por ejemplo, todos tres figuras eminentes en la historia de la cirugía en Inglaterra. Otro alumno suyo fué Philip Syng Phisick de Filadelfia, quien mereció el título de "Padre de la cirugía americana". Pero el más grande de todos los alumnos de Hunter fué un simple médico que pasó la mayor parte de su vida en la al-

dea de Berkeley, en el Condado de Gloucester, donde su padre fué vicario.

Edward Jenner nació allí en 1749. Durante varios años vivió en Londres, en casa de John Hunter, de ahí surgió una amistad entre maestro y discípulo que iba a durar toda la vida, y a tener resultados decisivos. Afortunadamente se conservan muchas cartas de las que John Hunter escribió a Jenner: estas muestran que los dos trabajaron juntos en vía de resolver varios problemas biológicos, como los relativos a la temperatura de los erizos en invierno, a la temperatura de los árboles en crecimiento, a las costumbres de los cuclillos que ponen huevos en los nidos de otras aves, y al plumaje de los mirlos en la época de hacer el nido. Escribe Hunter: "No tengo nadie a quien me de tanto gusto escribir como a ti, ni a quien deba más. Llegaron los erizos, uno ya muerto, del cual he hecho una disección. Conseguí luego los mirlos, y creo que me vendrán muy bien".

En otra ocasión, cuando Jenner, salió desengañado de una intriga amorosa, Hunter le escribió: "Me alegré mucho de saber que ibas a casarte con una dama noble, pero déjale que se vaya, no te contraries por eso. Tengo un empleo para ti con mis erizos, que no se hasta que punto fiarme de ellos". Luego vienen acerca del método de averiguar la temperatura, y termina así: "No hay murciélagos en el viejo castillo de Berkeley? Me gustaría que se hiciesen con ellos experimentos, como los que estamos haciendo con los erizos".

La carta más conocida tiene fecha de agosto de 1775: "Te agradezco el experimento del erizo, pero porque me haces una pregunta para resolverlo, Pienso que tienes razón; pero, ¿por qué pensar? ¿Por qué no pones a prueba el experimento?... Y que me enteres del resultado". Esta frase tan conocida, ¿"Por qué pensar? ¿Por qué no lo pones a prueba?" se cita a menudo equivocadamente, empezando con "No pienses", pero el consejo en esta última forma no hubiera salido nunca de los labios de un pensador profundo como era John Hunter. Su pensamiento, sin embargo, no tuvo nunca origen en los libros ajenos: surgió siempre de sus propias observaciones y experimentos.

Había algo de idílico en esta colaboración entre el cirujano de la ciudad, John Hunter, y el médico del campo, Edward Jenner. Aquel



hombre tan simpático", como le designaban afectuosamente sus alumnos, fué guía y mentor principal de Jenner, aunque este no llevó a cabo su descubrimiento la vacunación, hasta después de la muerte de Hunter.

John Hunter no concedió importancia al dinero. De su clientela obtenía una apreciable renta, pero solía gastar pródigamente, y cuando murió dejó solamente unas mil quinientas libras.

El recuerdo más permanente de John Hunter era su museo de unos catorce mil ejemplares, que coleccionó poco a poco durante su vida. Pero, él no fué un simple coleccionista. Cada ejemplar encerraba una lección y tenía algo que ver con los otros ejemplares. Tenía ejemplares de toda especie, grandes y pequeños, camarones y tiburones, pájaros y avestruces, musgaños y ballenas, —una suerte de Valhalla anatómica. No sorprende que muy pronto todos los ejemplares no cupiesen en la casa de Jermyn Street, y que, en 1785, su dueño tuviese que mudarse a una casa más grande, en Leicester Square, c Leicester Fields, como se llamaba entonces. Esta casa no fué solamente hogar suyo, sino aula y museo. Para entretener el museo y el tren de sus actividades necesitaba muchos criados, y se dice que en una época la "mesnada" de los Hunter se componía de 50 personas, —alumnos criados, ayudantes, artistas, etc., todos abastecidos por el mismo Hunter. Todos tenían que trabajar mucho; no había zánganos en dicha colmena.

Se calcula que el Museo le costó a John Hunter unas setenta mil libras. Infortunadamente parte de este museo fué destruido por acción enemiga, durante los bombardeos de Londres, en 1941.

Pocos hombres hubieran podido resistir los esfuerzos excesivos de las largas horas de trabajo que John Hunter se imponía. Pocas veces dormía más de cuatro horas, en las veinticuatro del día.

Además, su salud se afectó seriamente a causa de un experimento temerario, cuando, en 1767, tratando de demostrar que la blenorragia y la sífilis eran la misma enfermedad se inoculó a si mismo. Le aparecieron todos los síntomas de la sífilis y, aunque durante tres años se sometió a un fuerte tratamiento mercurial, no hay duda de que la *angina pectoris* y las manifestaciones cerebrales que consiguientes a dicha inoculación presentó fueron de origen sífilítico. Durante los veinticinco



años siguientes padeció ataque periódicos de vértigos y náuseas y también de angina de pecho, la cual al fin determinó su muerte. Sabía que su salud se encontraba en un estado delicado, y solía decir que su vida estaba en manos de cualquier bellaco a quien se le antojase molestarlo. Y de veras así resultó. El 1 de octubre de 1793, asistió a una reunión a el St. George's Hospital y habló allí en favor de dos estudiantes escoceses, a quienes, por no haber ejercido la profesión hasta entonces, se les había negado la entrada en el hospital. Uno de sus colegas se opuso a Hunter este, disimulando su disgusto, se marchó tambaleando a un cuarto vecino, y allí cayó muerto.

Se le enterró en *St. Martin's in the Fields* (en la Iglesia de San Martín en el Campo), y su cuerpo reposó allí hasta 1895, cuando se le trasladó a la Abadía de Westminster, cediendo a las instancias de Frank Buckland. En su libro muy interesante, "Curiosities of Natural History" (Curiosidades de la Historia Natural"), Buckland nos cuenta como hubo de buscar entre más de tres mil ataúdes para encontrar por fin el de John Hunter.

Poco después de la muerte de Hunter su gran Museo fué puesto a la venta y se le ofreció al Gobierno. Pero Pitt, entonces Primer Ministro, no deseaba, ni con mucho, comprar especímenes naturales en una época en la cual "apenas tenía el dinero para comprar pólvora".

Pocos años después sin embargo, en 1794, se compró el museo por quince mil libras, para dárselo luego al Royal College of Surgeons (Colegio Real de Cirujanos). Hasta entonces lo había guardado un leal asociado de Hunter, William Clift, quien, por afecto a su difunto maestro se quedó de custodia de él, con el miserable sueldo de siete chelines a la semana. Clift copió muchos de los manuscritos de John Hunter. Cuando el Museo fué trasladado al College of Surgeons, Sir Everard Home, cuñado de John Hunter, y quien durante algunos años había sido asociado suyo, se llevó a su propia casa una carretada de dichos manuscritos, con el aparente propósito de preparar un catálogo de ellos para el Museo: su intención, en realidad, resultó ser la de apropiarse de su contenido, para incorporarlo en sus propios numerosos escritos.

En todo caso, los manuscritos permanecieron en manos de Sir Everard Home hasta 1823, cuando, este los quemó todos declarando que

hombre tan simpático", como le designaban afectuosamente sus alumnos, fué guía y mentor principal de Jenner, aunque este no llevó a cabo su descubrimiento la vacunación, hasta después de la muerte de Hunter.

John Hunter no concedió importancia al dinero. De su clientela obtenía una apreciable renta, pero solía gastar pródigamente, y cuando murió dejó solamente unas mil quinientas libras.

El recuerdo más permanente de John Hunter era su museo de unos catorce mil ejemplares, que coleccionó poco a poco durante su vida. Pero, él no fué un simple coleccionista. Cada ejemplar encerraba una lección y tenía algo que ver con los otros ejemplares. Tenía ejemplares de toda especie, grandes y pequeños, camarones y tiburones, pájaros y avestruces, musgaños y ballenas, —una suerte de Valhalla anatómica. No sorprende que muy pronto todos los ejemplares no cupiesen en la casa de Jermyn Street, y que, en 1785, su dueño tuviese que mudarse a una casa más grande, en Leicester Square, c Leicester Fields, como se llamaba entonces. Esta casa no fué solamente hogar suyo, sino aula y museo. Para entretener el museo y el tren de sus actividades necesitaba muchos criados, y se dice que en una época la "mesnada" de los Hunter se componía de 50 personas, —alumnos criados, ayudantes, artistas, etc., todos abastecidos por el mismo Hunter. Todos tenían que trabajar mucho; no había zánganos en dicha colmena.

Se calcula que el Museo le costó a John Hunter unas setenta mil libras. Infortunadamente parte de este museo fué destruido por acción enemiga, durante los bombardeos de Londres, en 1941.

Pocos hombres hubieran podido resistir los esfuerzos excesivos de las largas horas de trabajo que John Hunter se imponía. Pocas veces dormía más de cuatro horas, en las veinticuatro del día.

Además, su salud se afectó seriamente a causa de un experimento temerario, cuando, en 1767, tratando de demostrar que la blenorragia y la sífilis eran la misma enfermedad se inoculó a sí mismo. Le aparecieron todos los síntomas de la sífilis y, aunque durante tres años se sometió a un fuerte tratamiento mercurial, no hay duda de que la *angina pectoris* y las manifestaciones cerebrales que consiguientes a dicha inoculación presentó fueron de origen sífilítico. Durante los veinticinco

años siguientes padeció ataque periódicos de vértigos y náuseas y también de angina de pecho, la cual al fin determinó su muerte. Sabía que su salud se encontraba en un estado delicado, y solía decir que su vida estaba en manos de cualquier bellaco a quien se le antojase molestarlo. Y de veras así resultó. El 1 de octubre de 1793, asistió a una reunión a el St. George's Hospital y habló allí en favor de dos estudiantes escoceses, a quienes, por no haber ejercido la profesión hasta entonces, se les había negado la entrada en el hospital. Uno de sus colegas se opuso a Hunter este, disimulando su disgusto, se marchó tambaleando a un cuarto vecino, y allí cayó muerto.

Se le enterró en *St. Martin's in the Fields* (en la Iglesia de San Martín en el Campo), y su cuerpo reposó allí hasta 1895, cuando se le trasladó a la Abadía de Westminster, cediendo a las instancias de Frank Buckland. En su libro muy interesante, "Curiosities of Natural History" (Curiosidades de la Historia Natural"), Buckland nos cuenta como hubo de buscar entre más de tres mil ataúdes para encontrar por fin el de John Hunter.

Poco después de la muerte de Hunter su gran Museo fué puesto a la venta y se le ofreció al Gobierno. Pero Pitt, entonces Primer Ministro, no deseaba, ni con mucho, comprar especímenes naturales en una época en la cual "apenas tenía el dinero para comprar pólvora".

Pocos años después sin embargo, en 1794, se compró el museo por quince mil libras, para dárselo luego al Royal College of Surgeons (Colegio Real de Cirujanos). Hasta entonces lo había guardado un leal asociado de Hunter, William Clift, quien, por afecto a su difunto maestro se quedó de custodia de él, con el miserable sueldo de siete chelines a la semana. Clift copió muchos de los manuscritos de John Hunter. Cuando el Museo fué trasladado al College of Surgeons, Sir Everard Home, cuñado de John Hunter, y quien durante algunos años había sido asociado suyo, se llevó a su propia casa una carretada de dichos manuscritos, con el aparente propósito de preparar un catálogo de ellos para el Museo: su intención, en realidad, resultó ser la de apropiarse de su contenido, para incorporarlo en sus propios numerosos escritos.

En todo caso, los manuscritos permanecieron en manos de Sir Everard Home hasta 1823, cuando, este los quemó todos declarando que

John Hunter le había ordenado hacerlo así. Aunque se ha intentado justificar esta acción, parece que casi no hay duda de que Sir Everard utilizó su contenido para su propio provecho y ascenso. Algunos tomos, afortunadamente, habían sido copiados por William Clift, y, estos fueron publicados por Sir Richard Owen, yerno de Clift, quién sucedió a éste en el cargo de Curador del Museo.

John Hunter no hizo ningún descubrimiento resonante. No publicó obra ninguna hasta cuando tuvo la edad de cuarenta y tres años. Su estilo literario no se lee fácilmente. Aunque fué un cirujano muy diestro, no le gustaba operar: siempre consideraba las operaciones como la comprobación de la imperfección del arte de curar. En el campo positivo, fué sin embargo, inmenso lo que logró. Fundó la Patología Quirúrgica y la Cirugía experimental: hizo de la Cirugía una ciencia definida y volvió a juntar la Medicina y la Cirugía, que venían desarrollándose en líneas enteramente diferentes.

Su experimento de injertar un espolón en la cresta de un gallo, y de observar su gran crecimiento, representó un adelanto considerable en el injerto de los tejidos, el cual después fué principio tan útil de la cirugía plástica.

Su tratamiento de aneurisma poplíteo, mediante la ligadura de la arteria femoral, en el canal de Hunter, llegó a salvar muchas vidas. Esta idea fué el resultado de un experimento sobre un ciervo de "Richmond Park". Hunter ató con una ligadura una arteria cardíaca exterior, y observó el efecto sobre el crecimiento del cuerno correspondiente, el cual durante unos días se enfrió, pero luego, al cabo de unos quince días, cuando ya se había establecido la circulación colateral, empezó de nuevo a calentarse y a crecer.

Estos no son más que dos muestras del valor de la ciencia de la observación.

Pero, en verdad que vale mucho, hasta es indispensable, recordar las hazañas de hombres como John Hunter. Y, a pesar de muchas biografías y más de cien "Hunterian Orations" (Oraciones o Discursos en Memoria de Hunter), el significado de su obra no se aprecia aun a fondo, ni ha sido sondeada a cabalidad la profundidad de sus conocimientos.

Mirando atrás dos siglos, saludemos su memoria, a la par que continuemos observando los principios que él estableció, de manera definitiva. Conviene ante ella acordarnos de la necesidad de tener una vista compuesta y equilibrada de la ciencia médica, integración que tanto se requiere actualmente.

Sólo por el método histórico podremos realizar el ideal anterior. La vista general o compuesta en medicina pertenece a siglos pasados, y sólo volverá a conseguirse a través de la historia. Sólo estudiando lo que fué sencillo en lo pasado podremos iluminar el laberinto de lo presente.

John Hunter le había ordenado hacerlo así. Aunque se ha intentado justificar esta acción, parece que casi no hay duda de que Sir Everard utilizó su contenido para su propio provecho y ascenso. Algunos tomos, afortunadamente, habían sido copiados por William Clift, y, estos fueron publicados por Sir Richard Owen, yerno de Clift, quién sucedió a éste en el cargo de Curador del Museo.

John Hunter no hizo ningún descubrimiento resonante. No publicó obra ninguna hasta cuando tuvo la edad de cuarenta y tres años. Su estilo literario no se lee fácilmente. Aunque fué un cirujano muy diestro, no le gustaba operar: siempre consideraba las operaciones como la comprobación de la imperfección del arte de curar. En el campo positivo, fué sin embargo, inmenso lo que logró. Fundó la Patología Quirúrgica y la Cirugía experimental: hizo de la Cirugía una ciencia definida y volvió a juntar la Medicina y la Cirugía, que venían desarrollándose en líneas enteramente diferentes.

Su experimento de injertar un espolón en la cresta de un gallo, y de observar su gran crecimiento, representó un adelanto considerable en el injerto de los tejidos, el cual después fué principio tan útil de la cirugía plástica.

Su tratamiento de aneurisma poplíteo, mediante la ligadura de la arteria femoral, en el canal de Hunter, llegó a salvar muchas vidas. Esta idea fué el resultado de un experimento sobre un ciervo de "Richmond Park". Hunter ató con una ligadura una arteria cardíaca exterior, y observó el efecto sobre el crecimiento del cuerno correspondiente, el cual durante unos días se enfrió, pero luego, al cabo de unos quince días, cuando ya se había establecido la circulación colateral, empezó de nuevo a calentarse y a crecer.

Estos no son más que dos muestras del valor de la ciencia de la observación.

Pero, en verdad que vale mucho, hasta es indispensable, recordar las hazañas de hombres como John Hunter. Y, a pesar de muchas biografías y más de cien "Hunterian Orations" (Oraciones o Discursos en Memoria de Hunter), el significado de su obra no se aprecia aun a fondo, ni ha sido sondeada a cabalidad la profundidad de sus conocimientos.

Mirando atrás dos siglos, saludemos su memoria, a la par que continuemos observando los principios que él estableció, de manera definitiva. Conviene ante ella acordarnos de la necesidad de tener una vista compuesta y equilibrada de la ciencia médica, integración que tanto se requiere actualmente.

Sólo por el método histórico podremos realizar el ideal anterior. La vista general o compuesta en medicina pertenece a siglos pasados, y sólo volverá a conseguirse a través de la historia. Sólo estudiando lo que fué sencillo en lo pasado podremos iluminar el laberinto de lo presente.



Los orígenes y el campo de actividad de la carrera, originalmente independiente, del cirujano, en la Nueva España, hasta su fusión con el de medicina, en el México ya independiente.

(Extracto del libro en preparación,  
"Raudón, Cirujano Poblano, de 1810"). \*

Por el Prof. Dr. J. Joaquín Izquierdo.

#### I.—Orígenes y desarrollo inicial de la profesión

Desde la Edad Media, los cirujanos fueron vistos con desdén por los médicos, debido a que sólo unos cuantos de ellos merecían el título; los más eran de educación muy inferior, y apenas algo más que simples barberos (barbitonsores) apenas capaces de sangrar y de afeitar. Además, la autoridad suprema que durante el período medioeval ejerció el *Canon* del célebre médico Ibn Sina (980-1036), hizo que entre los médicos se arraigara la idea de que el raciocinio puro valía más que la investigación de la naturaleza, y de que por lo mismo, la cirugía fuera tan sólo una rama inferior y bien separada de la medicina. Consecuencia natural de esto, fué que el desarrollo de la cirugía se retrasara de modo tan considerable.

Cuando en Francia los cirujanos empezaron a figurar en un plano igual al de los médicos, después de la fundación del Colegio de San Cosme (posterior a 1260), los médicos no eran más que unos pedantes,

---

\* Conferencia sustentada en la Academia de Cirugía el 29 de Marzo de 1949.

que en vez de estudiar a sus pacientes, los pasmaban con largas tiradas de citas latinas, con las que pretendían darles a entender que conocían a fondo su condición patológica, que en realidad ignoraban. Los despreciados barberos laicos, en cambio, ya empezaban a estudiar directamente el cuerpo del hombre, y por ello ya empezaban a hacerse valer más que los médicos y los cirujanos contemporáneos, y aún a destacarse de modo tan prominente, como aquel barbero de provincia que se llamó Ambrosio Paré (1510-90), o aquel su discípulo provenzal, Pedro Franco (1553).

Estando por terminar el siglo XV, el milanés Guido Lanfranchi (1315), considerado por algunos como el verdadero fundador de la cirugía francesa, declaró en su *Chirurgia Magna* (Venecia, 1490), con clarísima visión y por medio de un típico silogismo, que el cirujano debería ser también internista: *Omnis practicus est theoreticus: Omnis cyrurgicus est practicus: ergo omnis cyrurgicus est theoricus*. Sin embargo, su opinión no fué atendida, y la separación y las rivalidades entre médicos, cirujanos y barberos, persistieron durante siglos.

Con todo, en España, las pragmáticas que dió Felipe II, en 1593, para establecer el orden que debía ser guardado para el exámen de médicos, cirujanos y boticarios, realizaron el progreso importante de ordenar que los cirujanos, "de aquí en adelante hayan de tener forzosa, y precisamente tres cursos de Medicina, habiendo oído Artes primero, ... y practicado dos años de Cirugía". El progreso, empero, quedó reducido de modo considerable por disposiciones ulteriores de Felipe III, que además de la categoría de los Cirujanos Latinos, que "debían estudiar fundadamente la Cirugía", establecieron la de los Cirujanos Romancistas, o sea aquellos que "aunque no hayan estudiado Artes, ni Medicina" tengan solo "cinco años de práctica, los tres en Hospitales y los dos con médico o cirujano". A propósito de los requisitos necesarios para que los cirujanos pudiesen ser examinados, se ordenaba que "sin tener obligación de tomar de memoria las instrucciones por la doctrina de Hypócrates y Galeno, Guido y otros autores graves; sean obligados a estudiar la algebra, que es parte de la Cirugía, y hay en España gran falta de algebristas, para reducir y concertar miembros dislocados y quebraduras de huesos, etc".

Los orígenes y el campo de actividad de la carrera, originalmente independiente, del cirujano, en la Nueva España, hasta su fusión con el de medicina, en el México ya independiente.

(Extracto del libro en preparación,  
"Raudón, Cirujano Poblano, de 1810"). \*

Por el Prof. Dr. J. Joaquín Izquierdo.

### *I.—Orígenes y desarrollo inicial de la profesión*

Desde la Edad Media, los cirujanos fueron vistos con desdén por los médicos, debido a que sólo unos cuantos de ellos merecían el título; los más eran de educación muy inferior, y apenas algo más que simples barberos (barbitonsores) apenas capaces de sangrar y de afeitar. Además, la autoridad suprema que durante el período medioeval ejerció el *Canon* del célebre médico Ibn Sina (980-1036), hizo que entre los médicos se arraigara la idea de que el raciocinio puro valía más que la investigación de la naturaleza, y de que por lo mismo, la cirugía fuera tan sólo una rama inferior y bien separada de la medicina. Consecuencia natural de esto, fué que el desarrollo de la cirugía se retrasara de modo tan considerable.

Cuando en Francia los cirujanos empezaron a figurar en un plano igual al de los médicos, después de la fundación del Colegio de San Cosme (posterior a 1260), los médicos no eran más que unos pedantes,

---

\* Conferencia sustentada en la Academia de Cirugía el 29 de Marzo de 1949.

que en vez de estudiar a sus pacientes, los pasmaban con largas tiradas de citas latinas, con las que pretendían darles a entender que conocían a fondo su condición patológica, que en realidad ignoraban. Los despreciados barberos laicos, en cambio, ya empezaban a estudiar directamente el cuerpo del hombre, y por ello ya empezaban a hacerse valer más que los médicos y los cirujanos contemporáneos, y aún a destacarse de modo tan prominente, como aquel barbero de provincia que se llamó Ambrosio Paré (1510-90), o aquel su discípulo provenzal, Pedro Franco (1553).

Estando por terminar el siglo XV, el milanés Guido Lanfranchi (1315), considerado por algunos como el verdadero fundador de la cirugía francesa, declaró en su *Chirurgia Magna* (Venecia, 1490), con clarísima visión y por medio de un típico silogismo, que el cirujano debería ser también internista: *Omnis practicus est theoreticus: Omnis cyrurgicus est practicus: ergo omnis cyrurgicus est theoricus*. Sin embargo, su opinión no fué atendida, y la separación y las rivalidades entre médicos, cirujanos y barberos, persistieron durante siglos.

Con todo, en España, las pragmáticas que dió Felipe II, en 1593, para establecer el orden que debía ser guardado para el exámen de médicos, cirujanos y boticarios, realizaron el progreso importante de ordenar que los cirujanos, "de aquí en adelante hayan de tener forzosa, y precisamente tres cursos de Medicina, habiendo oído Artes primero, ... y practicado dos años de Cirugía". El progreso, empero, quedó reducido de modo considerable por disposiciones ulteriores de Felipe III, que además de la categoría de los Cirujanos Latinos, que "debían estudiar fundadamente la Cirugía", establecieron la de los Cirujanos Romancistas, o sea aquellos que "aunque no hayan estudiado Artes, ni Medicina" tengan solo "cinco años de práctica, los tres en Hospitales y los dos con médico o cirujano". A propósito de los requisitos necesarios para que los cirujanos pudiesen ser examinados, se ordenaba que "sin tener obligación de tomar de memoria las instrucciones por la doctrina de Hypócrates y Galeno, Guido y otros autores graves; sean obligados a estudiar la algebra, que es parte de la Cirugía, y hay en España gran falta de algebristas, para reducir y concertar miembros dislocados y quebraduras de huesos, etc".

Para distinguir a los cirujanos que, por haber estudiado latin y gramática, estaban capacitados para leer los trabajos de los buenos autores, que en general se hallaban escritos en dicha lengua, desde muy tempranamente les fué aplicado el calificativo de *latinos*. Ulteriormente se cayó en el error de pensar que el requisito esencial y único que debían llenar, era el de conocer aquella lengua. "Cosa irrisible y lastimosa" —decía el Padre Feijóo— porque "¿qué conexión tiene la lengua latina con las operaciones quirúrgicas? ¿Dió Dios a ese idioma, o a otro alguno del mundo, virtud curativa de llagas, fistulas, contusiones, etc? De la pretensión de que todo lo mejor de la cirugía y de las demás ciencias estuviese escrito en latin, ya decía el mismo Feijóo: "pende de la falta de noticias, porque de todas ciencias y artes, hay mucho, y muy excelente, impreso en lengua francesa, y mucho más de la cirugía".

En la segunda mitad del siglo XVIII se originó en España un progresista movimiento que aunque no se preocupó por suprimir la separación existente entre las profesiones médica y quirúrgica, tuvo con relación a ésta última dos grandes consecuencias: la de "fomentar el aumento de buenos cirujanos latinos, que desterraran la ignorancia, repararan la escasés de profesores buenos, y la poca estimación que los no instruidos daban a una facultad tan útil como necesaria", y la de lograr que la formación de los mismos se ajustara "al mismo método y principios científicos" para que gozasen de "los mismos privilegios y excenciones concedidos a los graduados en Facultad Mayor", y quedasen colocados en igual plano que los médicos.

El movimiento empezó en diciembre de 1760, con la fundación, en Barcelona de un Colegio de Cirugía, que debía enseñar a semejanza de otro establecido con anterioridad, en Cádiz. En 1764, produjo los estatutos y ordenanzas que se mandaron observar a los colegios y comunidades de cirujanos del principado de Cataluña, y sucesivamente, en 1780 y en 1783, las disposiciones para que en Madrid, y con el título de *Colegio de San Carlos* quedara establecido un establecimiento semejante, el cual, para su mejor desenvolvimiento, se debería "manejar y gobernar con absoluta independencia del Tribunal del Protomedicato, del de Cirugía, y de la Junta de Hospitales", aunque sin que sus alumnos dejaran de ser examinados por el Protocirujano.

Hacia 1787, en vista de que de las anteriores escuelas ya se habían derivado "tantos y útiles efectos al Principado de Cataluña, llenándose sus pueblos de buenos cirujanos", por lograr el bien general, que la cirugía fuese ejercida "por hábiles profesores, y que a la expresada Facultad se le diese en adelante la estimación y aprecio que por su objeto se merece, elevándola al grado e igualdad de las que tienen el nombre de Mayores, por no ser menos útil al Estado, y contener en sí la noble calidad científica", quedó ordenado que se matriculasen para la carrera de cirujano "solo personas de buena conducta, nacimiento e instrucción precisa, para que a la conclusión del curso se rivalicen de *Cirujanos latinos*, y gozen de los mismos privilegios y exenciones concedidos por las leyes del Reyno a los graduados en Facultad Mayor". Decía el Rey, que lo dispuesto no solo era para los cirujanos latinos salidos de los colegios de Cádiz y Barcelona, sino para todos "*los demás que con el mismo método y principios científicos que este de Madrid, se erijan en adelante en mis dominios*".

Con antelación de doce años a la fundación del colegio de Madrid, la Nueva España se vió favorecida por los reales decretos y cédula de 16 de marzo y de 20 de mayo de 1768, que dispusieron la creación de una *Real Escuela de Cirugía* en el viejo *Hospital Real de Naturales*, de la ciudad de México, fundado desde los treintas (1531-1534) del siglo XVI, para curar a los indios, tanto de la ciudad, como fuera de ella.

El bando de creación de la Escuela fué publicado solemnemente por el Virrey, Marqués de Croix, el 10 de abril de 1770. Después de 1787, la Escuela quedó regida por las ordenanzas españolas de ese año, arriba citadas, impresas en Madrid en 1791. En julio de 1793, Carlos IV expidió nuevas ordenanzas para la regencia de los colegios de cirugía, que dos años más tarde fueron impresas en la ciudad de México.

A pesar de estos antecedentes, cuando empezó el siglo XIX, la enseñanza de la cirugía no había llegado a quedar organizada en la Nueva España; en parte, por mera apatía; en parte, por mantener la situación existente de privilegio para los peninsulares; en parte, porque habían faltado buenos profesores para completar la obra iniciada por los que habían venido a fundar la Escuela, y en parte también, y muy importante, debido a que la vieja Universidad siempre vió con malos

Para distinguir a los cirujanos que, por haber estudiado latin y gramática, estaban capacitados para leer los trabajos de los buenos autores, que en general se hallaban escritos en dicha lengua, desde muy tempranamente les fué aplicado el calificativo de *latinos*. Ulteriormente se cayó en el error de pensar que el requisito esencial y único que debían llenar, era el de conocer aquella lengua. "Cosa irrisible y lastimosa" —decía el Padre Feijóo— porque "¿qué conexión tiene la lengua latina con las operaciones quirúrgicas? ¿Dió Dios a ese idioma, o a otro alguno del mundo, virtud curativa de llagas, fistulas, contusiones, etc? De la pretensión de que todo lo mejor de la cirugía y de las demás ciencias estuviese escrito en latin, ya decía el mismo Feijóo: "pende de la falta de noticias, porque de todas ciencias y artes, hay mucho, y muy excelente, impreso en lengua francesa, y mucho más de la cirugía".

En la segunda mitad del siglo XVIII se originó en España un progresista movimiento que aunque no se preocupó por suprimir la separación existente entre las profesiones médica y quirúrgica, tuvo con relación a ésta última dos grandes consecuencias: la de "fomentar el aumento de buenos cirujanos latinos, que desterraran la ignorancia, repararan la escasés de profesores buenos, y la poca estimación que los no instruidos daban a una facultad tan útil como necesaria", y la de lograr que la formación de los mismos se ajustara "al mismo método y principios científicos" para que gozasen de "los mismos privilegios y excenciones concedidos a los graduados en Facultad Mayor", y quedasen colocados en igual plano que los médicos.

El movimiento empezó en diciembre de 1760, con la fundación, en Barcelona de un Colegio de Cirugía, que debía enseñar a semejanza de otro establecido con anterioridad, en Cádiz. En 1764, produjo los estatutos y ordenanzas que se mandaron observar a los colegios y comunidades de cirujanos del principado de Cataluña, y sucesivamente, en 1780 y en 1783, las disposiciones para que en Madrid, y con el título de *Colegio de San Carlos* quedara establecido un establecimiento semejante, el cual, para su mejor desenvolvimiento, se debería "manejar y gobernar con absoluta independencia del Tribunal del Protomedicato, del de Cirugía, y de la Junta de Hospitales", aunque sin que sus alumnos dejaran de ser examinados por el Protocirujano.



Hacia 1787, en vista de que de las anteriores escuelas ya se habían derivado "tantos y útiles efectos al Principado de Cataluña, llenándose sus pueblos de buenos cirujanos", por lograr el bien general, que la cirugía fuese ejercida "por hábiles profesores, y que a la expresada Facultad se le diese en adelante la estimación y aprecio que por su objeto se merece, elevándola al grado e igualdad de las que tienen el nombre de Mayores, por no ser menos útil al Estado, y contener en sí la noble calidad científica", quedó ordenado que se matriculasen para la carrera de cirujano "solo personas de buena conducta, nacimiento e instrucción precisa, para que a la conclusión del curso se rivalicen de *Cirujanos latinos*, y gozen de los mismos privilegios y exenciones concedidos por las leyes del Reyno a los graduados en Facultad Mayor". Decía el Rey, que lo dispuesto no solo era para los cirujanos latinos salidos de los colegios de Cádiz y Barcelona, sino para todos "*los demás que con el mismo método y principios científicos que este de Madrid, se erijan en adelante en mis dominios*".

Con antelación de doce años a la fundación del colegio de Madrid, la Nueva España se vió favorecida por los reales decretos y cédula de 16 de marzo y de 20 de mayo de 1768, que dispusieron la creación de una *Real Escuela de Cirugía* en el viejo *Hospital Real de Naturales*, de la ciudad de México, fundado desde los treintas (1531-1534) del siglo XVI, para curar a los indios, tanto de la ciudad, como fuera de ella.

El bando de creación de la Escuela fué publicado solemnemente por el Virrey, Marqués de Croix, el 10 de abril de 1770. Después de 1787, la Escuela quedó regida por las ordenanzas españolas de ese año, arriba citadas, impresas en Madrid en 1791. En julio de 1793, Carlos IV expidió nuevas ordenanzas para la regencia de los colegios de cirugía, que dos años más tarde fueron impresas en la ciudad de México.

A pesar de estos antecedentes, cuando empezó el siglo XIX, la enseñanza de la cirugía no había llegado a quedar organizada en la Nueva España; en parte, por mera apatía; en parte, por mantener la situación existente de privilegio para los peninsulares; en parte, porque habían faltado buenos profesores para completar la obra iniciada por los que habían venido a fundar la Escuela, y en parte también, y muy importante, debido a que la vieja Universidad siempre vió con malos

ojos a la nueva escuela que trataba de arrebatarle el privilegio que en un principio le había sido exclusivo de formar cirujanos latinos, y a que los miembros del Protomedicato, envanecidos por sus viejas preeminencias de universitarios, veían con odio, y muy por abajo, a los cirujanos. Ya veremos, en su oportunidad, las experiencias de que como resultado de estas circunstancias fué víctima nuestro biografiado.

Consecuencia de esto fué que los grados académicos de *licenciados en cirugía*, o sea de *cirujanos latinos*, que la *Real Escuela de Cirugía* llegó a extender, fueron hasta entonces poquisimos, sencillamente, porque no habiendo sido bachilleres la inmensa mayoría de los que habían ingresado a ella, tan sólo habían podido aspirar a la categoría de *cirujanos romancistas*.

## II.—*El campo de actividades del antiguo cirujano.*

Antes de seguir adelante y pasar a considerar cómo y cuando las carreras de la medicina y de la cirugía llegaron a fundirse en una sola profesión, se hace indispensable que demos a conocer cual era el campo de actividades que tenía reservada la cirugía, bajo la designación de *campo de los afectos externos*.

Para conocer el antiguo campo de la profesión, basta repasar el contenido del clásico segundo *Libro sobre Método Terapéutico*, que Galeno dedicó a Glaucón, el cual, junto con el de sus *Comentarios sobre los libros quirúrgicos hipocráticos*, por largos años sirvió de libro de texto para los cirujanos.

Después del primer capítulo con la clásica descripción de la inflamación en términos de sus cuatro signos fundamentales, se ocupa del tratamiento de las "inflamaciones superficiales con flujo y seguidas de supuración"; de las no fluxionares (erisipela, herpes y anthrax); del edema es general "tumor exento de dolor y blando"; del esquirro, "tumor contra natura, insensible y duro"; de los tumores del bazo y del hígado; de los tumores originados por la acumulación de pneuma flatulento"; de los apostemas o abscesos, "tumores resultantes de la separación de partes naturalmente contiguas, sin que forzosamente haya supuración"; de los abscesos fistulosos, llamados úlceras sinuosas, y

atribuidos a que el dermis no puede reunirse con las partes subyacentes; de las afecciones gangrenosas "mortificaciones provenientes de una inflamación considerable"; del cáncer, y de la elefantiasis. El capítulo final enumera los medicamentos que Galeno envió a Glaucón y anuncia a a éste qué obras sobre medicamentos se proponía escribir.

Cuando siglos más tarde, Boerhaave escribió sus *Aphorismi De Cognoscendis et Curandis Morbis*, cuya primera parte o Prolegomena, hizo que comprendiera la Cirugía y las Fiebres, encontramos que el campo del cirujano está allí representando con muy pocas variaciones, como sigue: "Enfermedades de las fibras sólidas, simples; de las fibras débiles y laxas; de las fibras rígidas y elásticas; de los vasos mínimos y mayores, de las vísceras débiles y laxas, y de las vísceras fuertes y rígidas. Vicios de los humores simples y espontáneos. Enfermedades espontáneas por causa del humor ácido; debidas al glutinoso espontáneo y al alcalino espontáneo. Enfermedades originadas por exceso de movimiento circulatorio, o por su defecto (plétora). Enfermedades compuestas simples: obstrucción, y obstrucción de las heridas. De las heridas en general. Hemorragia. Dolor, Convulsión. Heridas de la beza, del tórax, del abdomen. Contusiones. Huesos fracturados. Luxaciones. Inflamación. Absceso. Fistula. Gangrena, Esfacelo. Combustiones (quemaduras). Esquirro. Cáncer. Enfermedades de los huesos. Enfermedades internas; fiebres en general y trastornos que las acompañan (calosfrío, temblor, ansiedad, sed, náusea, recto y flatos, vómito, debilidad, calor, delirio, perviligiū; convulsiones; sudor; diarrea, exantemas). Malignidad de las fiebres. Estado nervioso. Diversas fiebres (continua; continua pútrida; ardiente; intermitente; estacionaria; anual; esporádicas y singulares; láctea; puerperal; continente; inflamatoria simple; pútrida; remitentes; biliosas; biliosa inflamatoria y biliosa pútrida; pituitosas; irregulares; nerviosas, aguda y lenta; hética o marasmo). Fiebres purpúrea o miliar, y escarlatina. Erisipelas. Hemieritrea, o semiterciana. Intermitentes perniciosas.

Tampoco se nota ningún cambio fundamental en la forma en que presenta el campo de la materia Juan Gorter, discípulo de Boerhaave, en su *Cirugía Expurgada*, que fué de uso muy general a fines del siglo XVIII: "Enfermedades de los huesos, fracturas y luxaciones. He-

ojos a la nueva escuela que trataba de arrebatárle el privilegio que en un principio le había sido exclusivo de formar cirujanos latinos, y a que los miembros del Protomedicato, envanecidos por sus viejas preeminencias de universitarios, veían con odio, y muy por abajo, a los cirujanos. Ya veremos, en su oportunidad, las experiencias de que como resultado de estas circunstancias fué víctima nuestro biografiado.

Consecuencia de esto fué que los grados académicos de *licenciados en cirugía*, o sea de *cirujanos latinos*, que la *Real Escuela de Cirugía* llegó a extender, fueron hasta entonces poquisimos, sencillamente, porque no habiendo sido bachilleres la inmensa mayoría de los que habían ingresado a ella, tan sólo habían podido aspirar a la categoría de *cirujanos romancistas*.

## II.—*El campo de actividades del antiguo cirujano.*

Antes de seguir adelante y pasar a considerar cómo y cuando las carreras de la medicina y de la cirugía llegaron a fundirse en una sola profesión, se hace indispensable que demos a conocer cual era el campo de actividades que tenía reservada la cirugía, bajo la designación de *campo de los afectos externos*.

Para conocer el antiguo campo de la profesión, basta repasar el contenido del clásico segundo *Libro sobre Método Terapéutico*, que Galeno dedicó a Glaucón, el cual, junto con el de sus *Comentarios sobre los libros quirúrgicos hipocráticos*, por largos años sirvió de libro de texto para los cirujanos.

Después del primer capítulo con la clásica descripción de la inflamación en términos de sus cuatro signos fundamentales, se ocupa del tratamiento de las "inflamaciones superficiales con flujo y seguidas de supuración"; de las no fluxionares (erisipela, herpes y anthrax); del edema es general "tumor exento de dolor y blando"; del esquirro, "tumor contra natura, insensible y duro"; de los tumores del bazo y del hígado; de los tumores originados por la acumulación de pneuma flatulento"; de los apostemas o abscesos, "tumores resultantes de la separación de partes naturalmente contiguas, sin que forzosamente haya supuración"; de los abscesos fistulosos, llamados úlceras sinuosas, y

atribuidos a que el dermis no puede reunirse con las partes subyacentes; de las afecciones gangrenosas "mortificaciones provenientes de una inflamación considerable"; del cáncer, y de la elefantiasis. El capítulo final enumera los medicamentos que Galeno envió a Glaucón y anuncia a a éste qué obras sobre medicamentos se proponía escribir.

Cuando siglos más tarde, Boerhaave escribió sus *Aphorismi De Cognoscendis et Curandis Morbis*, cuya primera parte o Prolegomena, hizo que comprendiera la Cirugía y las Fiebres, encontramos que el campo del cirujano está allí representando con muy pocas variaciones, como sigue: "Enfermedades de las fibras sólidas, simples; de las fibras débiles y laxas; de las fibras rígidas y elásticas; de los vasos mínimos y mayores, de las vísceras débiles y laxas, y de las vísceras fuertes y rígidas. Vicios de los humores simples y espontáneos. Enfermedades espontáneas por causa del humor ácido; debidas al glutinoso espontáneo y al alcalino espontáneo. Enfermedades originadas por exceso de movimiento circulatorio, o por su defecto (plétora). Enfermedades compuestas simples: obstrucción, y obstrucción de las heridas. De las heridas en general. Hemorragia. Dolor, Convulsión. Heridas de la beza, del tórax, del abdomen. Contusiones. Huesos fracturados. Luxaciones. Inflamación. Absceso. Fístula. Gangrena, Esfacelo. Combustiones (quemaduras). Esquirro. Cáncer. Enfermedades de los huesos. Enfermedades internas; fiebres en general y trastornos que las acompañan (calosfrío, temblor, ansiedad, sed, náusea, recto y flatos, vómito, debilidad, calor, delirio, pervilgium; convulsiones; sudor; diarrea, exantemas). Malignidad de las fiebres. Estado nervioso. Diversas fiebres (continua; continua pútrida; ardiente; intermitente; estacionaria; anual; esporádicas y singulares; láctea; puerperal; continente; inflamatoria simple; pútrida; remitentes; biliosas; biliosa inflamatoria y biliosa pútrida; pituitosas; irregulares; nerviosas, aguda y lenta; hética o marasmo). Fiebres purpúrea o miliar, y escarlatina. Erisipelas. Hemieritrea, o semiterciana. Intermitentes perniciosas.

Tampoco se nota ningún cambio fundamental en la forma en que presenta el campo de la materia Juan Gorter, discípulo de Boerhaave, en su *Cirugía Expurgada*, que fué de uso muy general a fines del siglo XVIII: "Enfermedades de los huesos, fracturas y luxaciones. He-

ridas arteriales, hemorragias y aneurismas. Inflamaciones y supuraciones (abcesos y empiema). Esfacelo y gangrena. Sangrías, várices y almorranas. Edema. Dolor. Enfermedades "del gusto y de la boca", "de las orejas y el oído" y "del ojo y de la vista". Enfermedades de los tegumentos del cuerpo (cutis, cutícula, red cutánea, membrana celular; de la gordura o pinguedo; de los pelos, uñas y tacto. Heridas; costuras; labio leporino; heridas particulares; escoriación; contusión; quemadura; congelación; fisuras; úlceras; fistulas; picazón; aspereza; callosidades; escara. Mutación de color; manchas (efélides); echimosis; manchas rojas; manchas hepáticas; petequias; vitiligo y albarazo. Sordideces u horrruras (costras). Empeine. Sarna. Clavo. Verrugas. Tubérculo inflamatorio; phyma; phygethlo; terminto; divieso; carbunco; erisipela; empneumatosis. Enfermedades de las glándulas (clupia); lamparón; escirro; cáncer o cancro; tumor cístico y embolsado. Hernias; hidrocele; varicocele; sarcocoele; onfalocoele; procidencias; piedra de la uretra".

Aun en 1803, en la versión de las lecciones de *Clinica Externa* del gran maestro francés, Dessault, hecha por su discípulo Cassius, compañero de Bichat, no se aprecian cambios notables en la extensión del campo quirúrgico, por más que ya es presentado de modo más sistemático y acompañado de informaciones acerca de los aspectos anatómicos de las lesiones, y de los datos obtenidos en las autopsias, después de la muerte de los enfermos.

Véase pues, que a principios del siglo XIX, el campo de la cirugía no era tan restringido como *a priori* podría pensarse, suponiéndolo como un territorio de segundo orden, segregado del de la Medicina. Muy por el contrario, era bien vasto, puesto que comprendía la moderna traumatología y los padecimientos que luego fueron sucesivamente considerados como quirúrgicos, o de la patología externa: las actuales especialidades de ojos, oídos y piel, y con esta, las de venereología y urología de las vías inferiores; la estomatología, incluso la dentistería; también las diversas fiebres infecciosas y eruptivas, y por último, la atención de partos y la formación de peritajes de orden legal. Por eso el doctor Martín Martínez, que en vida gozó de fama tan grande como poco merecida, había dicho desde mediados del siglo XVIII, que por ser la facultad de la cirugía "tan estendida; que un solo hombre no puede executar perfec-



tamente todas sus obras", por ello ya se la venía repartiendo entre muchos: "Hernistas, que cuidan de las enfermedades de los testículos (sic); Oculistas, de las de los ojos; Sacamuelas, de las de los dientes; Algebristas, de las dislocaciones, y Parteros, de los partos". No obstante lo cual, —añadía— era menester que el cirujano supiera de todo.

### III.—*Fusión de la carrera de la cirugía, con la de la medicina.*

Hasta fines del siglo XVIII, ya habían corrido sin resultado algunos ríos de tinta para sostener que la medicina y la cirugía eran en realidad sectores inseparables de una ciencia única, que podían ser aprendidos por las mismas personas y en una sola escuela. Tan solo Francia, para poner orden en el caos provocado cuando la Revolución había hecho *tabula rasa* de las viejas instituciones, con poner en ejecución el plan propuesto por Fourcroy para reemplazarlas, de golpe decidido, en 1794, proceder a la formación de médicos de Sanidad que fuesen al mismo tiempo médicos y cirujanos, en instituciones de un nuevo tipo y de acuerdo con planes de trabajo modernos.

Pero en España, . . . las cosas no sólo no habían avanzado, sino que habían ido para atrás, puesto que en 1796, Carlos IV expidió una cédula para quitar a la carrera del cirujano los estudios médicos que se le habían agregado en las Escuelas de Cirugía, volviéndose con ello a acentuar la artificiosa distinción oficial entre médicos puros y cirujanos puros. En defensa del punto, don Juan Bautista Soldevilla, en su carácter de Protomédico, escribió en 1798, en el prólogo de la edición metritense de los Aforismos de Boerhaave, que aunque debieran fundirse rectamente los estudios de la cirugía y de la medicina, su ejercicio debería estar separado religiosamente. Citaba en apoyo de su tesis recomendación hecha a los jóvenes cirujanos en el juramento hipocrático, de no operar a las personas trabajadas por la piedra, y dejar que lo hicieran ciertos individuos ajenos a la profesión, que desde tiempo inmemorial se dedicaban a hacerlo. Sin embargo, no parece que tal recomendación haya sido hecha con el fin de sostener la separación de los campos del médico y del cirujano, sino más bien, de prohibir a éste que ejecutara una operación que era considerada poco "respetable", por cuyo motivo no quedó



ridas arteriales, hemorragias y aneurismas. Inflamaciones y supuraciones (abcesos y empiema). Esfacelo y gangrena. Sangrías, várices y almorranas. Edema. Dolor. Enfermedades "del gusto y de la boca", "de las orejas y el oído" y "del ojo y de la vista". Enfermedades de los tegumentos del cuerpo (cutis, cutícula, red cutánea, membrana celular; de la gordura o pinguedo; de los pelos, uñas y tacto. Heridas; costuras; labio leporino; heridas particulares; escorlación; contusión; quemadura; congelación; fisuras; úlceras; fistulas; picazón; aspereza; callosidades; escara. Mutación de color; manchas (efélides); echimosis; manchas rojas; manchas hepáticas; petequias; vitiligo y albarazo. Sordideces u horrruras (costras). Empeine. Sarna. Clavo. Verrugas. Tubérculo inflamatorio; phyma; phygethlo; terminto; divieso; carbunco; erisipela; em-pneumatosis. Enfermedades de las glándulas clupia); lamparón; escirro; cáncer o cancro; tumor cístico y embolsado. Hernias; hidrocele; varicoccele; sarcoccele; onfaloccele; procidencias; piedra de la uretra".

Aun en 1803, en la versión de las lecciones de *Clinica Externa* del gran maestro francés, Dessault, hecha por su discípulo Cassius, compañero de Bichat, no se aprecian cambios notables en la extensión del campo quirúrgico, por más que ya es presentado de modo más sistemático y acompañado de informaciones acerca de los aspectos anatómicos de las lesiones, y de los datos obtenidos en las autopsias, después de la muerte de los enfermos.

Véase pues, que a principios del siglo XIX, el campo de la cirugía no era tan restringido como *a priori* podría pensarse, suponiéndolo como un territorio de segundo orden, segregado del de la Medicina. Muy por el contrario, era bien vasto, puesto que comprendía la moderna traumatología y los padecimientos que luego fueron sucesivamente considerados como quirúrgicos, o de la patología externa: las actuales especialidades de ojos, oídos y piel, y con esta, las de venereología y urología de las vías inferiores; la estomatología, incluso la dentistería; también las diversas fiebres infecciosas y eruptivas, y por último, la atención de partos y la formación de peritajes de orden legal. Por eso el doctor Martín Martínez, que en vida gozó de fama tan grande como poco merecida, había dicho desde mediados del siglo XVIII, que por ser la facultad de la cirugía "tan estendida; que un solo hombre no puede executar perfec-

tamente todas sus obras", por ello ya se la venía repartiendo entre muchos: "Hernistas, que cuidan de las enfermedades de los testículos (sic); Oculistas, de las de los ojos; Sacamuelas, de las de los dientes; Algebristas, de las dislocaciones, y Parteros, de los partos". No obstante lo cual, —añadía— era menester que el cirujano supiera de todo.

### III.—*Fusión de la carrera de la cirugía, con la de la medicina.*

Hasta fines del siglo XVIII, ya habían corrido sin resultado algunos ríos de tinta para sostener que la medicina y la cirugía eran en realidad sectores inseparables de una ciencia única, que podían ser aprendidos por las mismas personas y en una sola escuela. Tan solo Francia, para poner orden en el caos provocado cuando la Revolución había hecho *tabula rasa* de las viejas instituciones, con poner en ejecución el plan propuesto por Fourcroy para reemplazarlas, de golpe decidido, en 1794, proceder a la formación de médicos de Sanidad que fuesen al mismo tiempo médicos y cirujanos, en instituciones de un nuevo tipo y de acuerdo con planes de trabajo modernos.

Pero en España, . . . las cosas no sólo no habían avanzado, sino que habían ido para atrás, puesto que en 1796, Carlos IV expidió una cédula para quitar a la carrera del cirujano los estudios médicos que se le habían agregado en las Escuelas de Cirugía, volviéndose con ello a acentuar la artificiosa distinción oficial entre médicos puros y cirujanos puros. En defensa del punto, don Juan Bautista Soldevilla, en su carácter de Protomédico, escribió en 1798, en el prólogo de la edición metritense de los Aforismos de Boerhaave, que aunque debieran fundirse rectamente los estudios de la cirugía y de la medicina, su ejercicio debería estar separado religiosamente. Citaba en apoyo de su tesis recomendación hecha a los jóvenes cirujanos en el juramento hipocrático, de no operar a las personas trabajadas por la piedra, y dejar que lo hicieran ciertos individuos ajenos a la profesión, que desde tiempo inmemorial se dedicaban a hacerlo. Sin embargo, no parece que tal recomendación haya sido hecha con el fin de sostener la separación de los campos del médico y del cirujano, sino más bien, de prohibir a éste que ejecutara una operación que era considerada poco "respetable", por cuyo motivo no quedó

incluida en los libros hipocráticos de cirugía, que en cambio describen operaciones mucho más difíciles, en la cabeza y el tórax.

El ilustre cirujano catalán, don Antonio Gimbernat, así como sus discípulos Rives y Galli a costa de grandes sinsabores estuvieron defendiendo después la tesis de la fusión bajo el lema de la "*la Medicina para los Cirujanos, y la Cirugía para los médicos*", pero la conquista no fué alcanzada sino hasta 1827, con el llamado plan de Castelló.

En la capital de México, ya independiente, se sucedieron varios proyectos en igual sentido, a partir del presentado en 1825 al Congreso General, por el doctor don Manuel de Jesús Febles, pero la unión no quedó decidida sino hasta 1833.

En Puebla, el doctor don Pedro Calderón presentó a la Academia Médico-Quirúrgica de dicha ciudad, en 1826, un trabajo que refleja fielmente, no solo la honda separación que seguía existiendo entre las profesiones del médico y del cirujano, sino las lamentables consecuencias a que esto daba lugar: "vemos —decía— a un enfermo abandonado, porque el médico no quiere curarlo si lo vió antes un profesor de Medicina Quirúrgica, o éste no quiere verlo porque lo vió antes un médico"... "Paso en silencio las invectivas que profieren delante de los pacientes... ¿y por qué? por un odio mal fundado que hace de una idea falsa, y quien sabe si de otra cosa que envilece más el alma, que es la envidia y el interés al dinero". Ilusionado por la cándida esperanzaz que aún lo llega a realizarse, de que con la unión de Cirugía y Medicina, reinaría una concordia armoniosa entre los profesantes de la medicina, en un pequeño folleto de 56 páginas, Calderón discutió ampliamente las tres siguientes proposiciones: "La Cirugía es la misma medicina; la reunión de estos ramos ofrece muchas ventajas; su separación es nociva a las sociedades". Luego, con apoyo en ellas, propuso que se planteara una nueva instrucción médica, y que se crearar establecimientos donde la Cirugía y la Medicina, que formen una sola ciencia, se aprendieran a un mismo tiempo.

Las ideas expuestas por Calderón, sirvieron de base para la formulación de una ley publicada por el gobierno del Estado de Puebla, con fecha 6 de junio de 1831, encaminada a lograr que para lo sucesivo, las profesiones del médico y del cirujano ya no siguiesen existiendo por se-

parado sino fundidas en un solo facultativo, calificado de *médico-quirúrgico*.

Sin embargo, en la misma Puebla, el cirujano don Luis Guerrero formuló la de que en contradicción con su espíritu, malamente podría lograr la fusión de médicos y cirujanos, si estaba formulada en términos que tendían a seguirlos manteniendo hondamente divididos en los dos viejos bandos de los médicos, empeñados en no perder un predominio malamente arquirido, y de los cirujanos, que venían padeciendo injustamente, a resultados del mismo.

En realidad, no era posible esperar que por efecto de una simple ley desaparecieran la separación y las rivalidades que habían mantenido y atizado durante toda su vida los médicos y los cirujanos que ya existían al terminar el primer tercio del siglo XIX, al tiempo de la realización de nuestras grandes reformas de la enseñanza de la medicina, con sus consecuencias para el ejercicio de la profesión.

De hecho, el lamentable cuadro se prolongó todavía por años, y no se fué disipando sino muy paulatinamente, a medida que el número creciente de los nuevos profesantes, que ya salieron con el título de médicos cirujanos, suprimió de raíz los factores que habían dado lugar a la honda y secular división.

incluida en los libros hipocráticos de cirugía, que en cambio describen operaciones mucho más difíciles, en la cabeza y el tórax.

El ilustre cirujano catalán, don Antonio Gimbernat, así como sus discípulos Rives y Galli a costa de grandes sinsabores estuvieron defendiendo después la tesis de la fusión bajo el lema de la "*la Medicina para los Cirujanos, y la Cirugía para los médicos*", pero la conquista no fué alcanzada sino hasta 1827, con el llamado plan de Castelló.

En la capital de México, ya independiente, se sucedieron varios proyectos en igual sentido, a partir del presentado en 1825 al Congreso General, por el doctor don Manuel de Jesús Febles, pero la unión no quedó decidida sino hasta 1833.

En Puebla, el doctor don Pedro Calderón presentó a la Academia Médico-Quirúrgica de dicha ciudad, en 1826, un trabajo que refleja fielmente, no solo la honda separación que seguía existiendo entre las profesiones del médico y del cirujano, sino las lamentables consecuencias a que esto daba lugar: "vemos —decía— a un enfermo abandonado, porque el médico no quiere curarlo si lo vió antes un profesor de Medicina Quirúrgica, o éste no quiere verlo porque lo vió antes un médico"... "Paso en silencio las invectivas que profieren delante de los pacientes... ¿y por qué? por un odio mal fundado que hace de una idea falsa, y quien sabe si de otra cosa que envilece más el alma, que es la envidia y el interés al dinero". Ilusionado por la cándida esperanzaz que aún lo llega a realizarse, de que con la unión de Cirugía y Medicina, reinaría una concordia armoniosa entre los profesantes de la medicina, en un pequeño folleto de 56 páginas, Calderón discutió ampliamente las tres siguientes proposiciones: "La Cirugía es la misma medicina; la reunión de estos ramos ofrece muchas ventajas; su separación es nociva a las sociedades". Luego, con apoyo en ellas, propuso que se planteara una nueva instrucción médica, y que se crearar establecimientos donde la Cirugía y la Medicina, que formen una sola ciencia, se aprendieran a un mismo tiempo.

Las ideas expuestas por Calderón, sirvieron de base para la formulación de una ley publicada por el gobierno del Estado de Puebla, con fecha 6 de junio de 1831, encaminada a lograr que para lo sucesivo, las profesiones del médico y del cirujano ya no siguiesen existiendo por se-

parado sino fundidas en un solo facultativo, calificado de *médico-quirúrgico*.

Sin embargo, en la misma Puebla, el cirujano don Luis Guerrero formuló la de que en contradicción con su espíritu, malamente podría lograr la fusión de médicos y cirujanos, si estaba formulada en términos que tendían a seguirlos manteniendo hondamente divididos en los dos viejos bandos de los médicos, empeñados en no perder un predominio malamente arquirido, y de los cirujanos, que venían padeciendo injustamente, a resultados del mismo.

En realidad, no era posible esperar que por efecto de una simple ley desaparecieran la separación y las rivalidades que habían mantenido y atizado durante toda su vida los médicos y los cirujanos que ya existían al terminar el primer tercio del siglo XIX, al tiempo de la realización de nuestras grandes reformas de la enseñanza de la medicina, con sus consecuencias para el ejercicio de la profesión.

De hecho, el lamentable cuadro se prolongó todavía por años, y no se fué disipando sino muy paulatinamente, a medida que el número creciente de los nuevos profesantes, que ya salieron con el título de médicos cirujanos, suprimió de raíz los factores que habían dado lugar a la honda y secular división.

## Coristomas Desarrollados en la Cicatriz Umbilical

*Por el Académico Clemente Villaseñor*

Se denominan coristomas a las neoplasias desarrolladas a partir de esbozos embrionarios desplazados.

Son ejemplos de coristomas los tumores de Grawitz (hipernefromas intrarrenales, el bocio lingual, los faringiomas hipofisiarios)

Vamos a relatar dos especies tumorales implantadas en la cicatriz umbilical que, por estar constituidas de estructuras organoides heterotópicas, deben considerarse como coristomas.

El primero consiste en una tumoración discoide, de dos centímetros de diámetro, situada de manera concéntrica en la hoquedad umbilical, haciendo ligero relieve sobre ella. Superficie granujienta y húmeda, de color gris rosado. El portador, individuo del sexo masculino, paciente del Dr. Luis Baz. Por las molestias que causaba su constante humedad, que en ocasiones era verdadero goteo, y fácil sangrado al menor traumatismo, practícase su resección.

El estudio histológico reveló que la tumoración está constituida por un epitelio glandular de tipo intestinal, provisto de glándulas tubulosas, fargas y estrechas, perpendiculares a la superficie.

La zona más superficial está parcialmente ulcerada y recubierta por una costra necrótica.

Las células glandulares son de dos tipos: la mayor parte de ellas son prismáticas altas, con un núcleo oval basal, provistas de chapa estriada en su extremidad libre; el resto lo constituyen células caliciformes mucíparas.



En la submucosa se observan algunos folículos linfopoyéticos en actividad, y densa infiltración leucocitaria intersticial.

La línea de demarcación entre el epitelio glandular y la epidermis circundante es precisa, sin términos de transición.

La segunda especie tumoral se refiere a la implantación heterotópica de mucosa endometrial en el ombligo. Nuestra observación se concreta a dos casos de endometriosis funcional umbilical en enfermas hospitalizadas.

Macroscópicamente son tumoraciones mas o menos lobuladas, recubiertas por epidermis atrófica y sin anexos, alojadas en la depresión umbilical.

La superficie de sección es blanquecina, con un fino puntilleo hemorrágico.

El examen microscópico revela islotes de glándulas tubulosas, formadas por células prismáticas de altura media, provistas de un núcleo basal y chapa apical con pestañas vibrátiles.

En torno de estas glándulas se advierten manguillos de células de tipo decidual, idénticas a las endometriales, entre las cuales se observan capilares de tipo sinusoide. Haces de fibras musculares lisas rodean a los complejos endometrioides.

En la vecindad de estos complejos se advierten sufusiones hemáticas intersticiales.

Este fenómeno nos autoriza para denominar funcional a la endometriosis. En otros tipos de endometriosis (ovárica, tubaria, miometrial, peritoneal, vaginal, etc.) hemos comprobado fenómenos hemorrágicos soncrónicos a la menstruación.

Falta solamente tratar de explicar el mecanismo de desplazamiento de los esbozos embrionarios que dan origen a estos dos tipos de coristomas.

El de estructura intestinal se desarrollaría a partir de remanentes del conducto vitelino intestinal, que en el embrión está comprendido en el cordón umbilical.

## Coristomas Desarrollados en la Cicatriz Umbilical

*Por el Académico Clemente Villaseñor*

Se denominan coristomas a las neoplasias desarrolladas a partir de esbozos embrionarios desplazados.

Son ejemplos de coristomas los tumores de Grawitz (hipernefromas intrarrenales, el bocio lingual, los faringiomas hipofisiarios)

Vamos a relatar dos especies tumorales implantadas en la cicatriz umbilical que, por estar constituidas de estructuras organoides heterotópicas, deben considerarse como coristomas.

El primero consiste en una tumoración discoide, de dos centímetros de diámetro, situada de manera concéntrica en la hoquedad umbilical, haciendo ligero relieve sobre ella. Superficie granujienta y húmeda, de color gris rosado. El portador, individuo del sexo masculino, paciente del Dr. Luis Baz. Por las molestias que causaba su constante humedad, que en ocasiones era verdadero goteo, y fácil sangrado al menor traumatismo, practícase su resección.

El estudio histológico reveló que la tumoración está constituida por un epitelio glandular de tipo intestinal, provisto de glándulas tubulosas, fargas y estrechas, perpendiculares a la superficie.

La zona más superficial está parcialmente ulcerada y recubierta por una costra necrótica.

Las células glandulares son de dos tipos: la mayor parte de ellas son prismáticas altas, con un núcleo oval basal, provistas de chapa estriada en su extremidad libre; el resto lo constituyen células caliciformes mucíparas.

En la submucosa se observan algunos folículos linfopoyéticos en actividad, y densa infiltración leucocitaria intersticial.

La línea de demarcación entre el epitelio glandular y la epidermis circundante es precisa, sin términos de transición.

La segunda especie tumoral se refiere a la implantación heterotópica de mucosa endometrial en el ombligo. Nuestra observación se concreta a dos casos de endometriosis funcional umbilical en enfermas hospitalizadas.

Macroscópicamente son tumoraciones mas o menos lobuladas, recubiertas por epidermis atrófica y sin anexos, alojadas en la depresión umbilical.

La superficie de sección es blanquecina, con un fino puntilleo hemorrágico.

El examen microscópico revela islotes de glándulas tubulosas, formadas por células prismáticas de altura media, provistas de un núcleo basal y chapa apical con pestañas vibrátiles.

En torno de estas glándulas se advierten manguillos de células de tipo decidual, idénticas a las endometriales, entre las cuales se observan capilares de tipo sinusoide. Haces de fibras musculares lisas rodean a los complejos endometrioides.

En la vecindad de estos complejos se advierten sufusiones hemáticas intersticiales.

Este fenómeno nos autoriza para denominar funcional a la endometriosis. En otros tipos de endometriosis (ovárica, tubaria, miometrial, peritoneal, vaginal, etc.) hemos comprobado fenómenos hemorrágicos soncrónicos a la menstruación.

Falta solamente tratar de explicar el mecanismo de desplazamiento de los esbozos embrionarios que dan origen a estos dos tipos de coristomas.

El de estructura intestinal se desarrollaría a partir de remanentes del conducto vitelino intestinal, que en el embrión está comprendido en el cordón umbilical.

El de la endometriosis no está, hasta la fecha, claramente explicado, y numerosas teorías, a cual más inconsistentes, se han invocado, ya que su desarrollo no siempre se realiza en el sendero del conducto de Müller, del cual deriva el endometrio.

### MICROFOTOGRAFIAS

- 1 Epitelio glandular de tipo intestinal implantado en la cicatriz umbilical.
- 2 Glándulas de tipo endometrial rodeadas de células deciduales, haces musculares lisos y hemorragia intersticial (endometriosis funcional umbilical).



Fig. 1



Fig. 2

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

# FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO  
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS  
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS  
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

---

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.<sup>3</sup>  
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

## Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

El de la endometriosis no está, hasta la fecha, claramente explicado, y numerosas teorías, a cual más inconsistentes, se han invocado, ya que su desarrollo no siempre se realiza en el sendero del conducto de Müller, del cual deriva el endometrio.

### MICROFOTOGRAFIAS

- 1 Epitelio glandular de tipo intestinal implantado en la cicatriz umbilical.
- 2 Glándulas de tipo endometrial rodeadas de células deciduales, haces musculares lisos y hemorragia intersticial (endometriosis funcional umbilical).



Fig. 1



Fig. 2

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

# FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO  
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS  
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS  
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

---

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.<sup>3</sup>  
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

## Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.



# ROBUDEN

**ROBUDEN "G"** (Ampolletas) Reg. No. 30844 S. S. A.  
Para úlcera gástrica.

**ROBUDEN "D"** (Ampolletas) Reg. No. 30851 S. S. A.  
Para úlcera duodenal.

**ROBUDEN GRAGEAS** Reg. No. 30845 S. S. A.  
Para ambas úlceras.

Unicos representantes para la República Mexicana:

**De los Laboratorios Robapharm de Basilea (Suiza)**

**LABORATORIOS ALBAMEX, S. A.**

QUERETARO No. 28.

MEXICO, D. F.

# ARHEMAPECTINE

## GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR  
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

Caja de 4 amps. de 20 c. c.  
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO  
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.  
NINGUNA CONTRAINDICACION**

*Este medicamento es de empleo delicado*

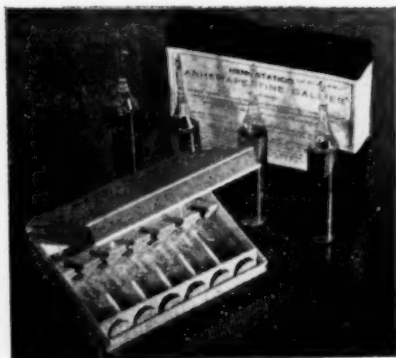
Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 18660

## ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.



### ENTEROFTALIL TABLETAS Adultos

#### FORMULA:

Cada tableta contiene:

|  |         |
|--|---------|
| Ftalilsulfatiazol .....                            | 0.50 g. |
| Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.) .....       | 0.02 "  |
| 2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K) .....            | 0.001 " |
| Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p. .... | 0.74 "  |

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

### ENTEROFTALIL TABLETAS Infantil

#### FORMULA:

Cada tableta contiene:

|  |         |
|--|---------|
| Ftalilsulfatiazol .....                            | 0.20 g. |
| Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.) .....       | 0.02 "  |
| 2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K) .....            | 0.001 " |
| Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p. .... | 0.40 "  |

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

LABORATORIOS FUSTERY, S. A.

LIVERPOOL No. 155.

TEL. 14-32-46

MEXICO, D. F.

# RESERVADO

# ROBUDEN

**ROBUDEN "G"** (Ampolletas) Reg. No. 30844 S. S. A.  
Para úlcera gástrica.

**ROBUDEN "D"** (Ampolletas) Reg. No. 30851 S. S. A.  
Para úlcera duodenal.

**ROBUDEN GRAGEAS** Reg. No. 30845 S. S. A.  
Para ambas úlceras.

Unicos representantes para la República Mexicana:

**De los Laboratorios Robapharm de Basilea (Suiza)**

**LABORATORIOS ALBAMEX, S. A.**

QUERETARO No. 28.

MEXICO, D. F.

# ARHEMAPECTINE

## GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR  
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

Caja de 4 amps. de 20 c. c.  
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO  
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.  
NINGUNA CONTRAINDICACION**

*Este medicamento es de empleo delicado*

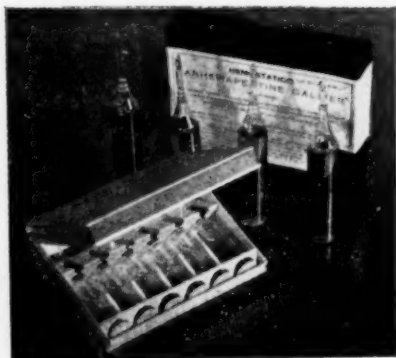
Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 18660

## ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.



### ENTEROFTALIL TABLETAS Adultos

#### FORMULA:

Cada tableta contiene:

|  |         |
|--|---------|
| Ftalilsulfatiazol .....                            | 0.50 g. |
| Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.) .....       | 0.02 "  |
| 2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K) .....            | 0.001 " |
| Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p. .... | 0.74 "  |

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

### ENTEROFTALIL TABLETAS Infantil

#### FORMULA:

Cada tableta contiene:

|  |         |
|--|---------|
| Ftalilsulfatiazol .....                            | 0.20 g. |
| Acido ascórbico (Vitamina C 400 U. I.) .....       | 0.02 "  |
| 2-metil-1-4-naftoquinona (Vit. K) .....            | 0.001 " |
| Levadura de cerveza como excipiente, c. s. p. .... | 0.40 "  |

ANTISEPTICO CONTRA DISENTERIA BACILAR, ENTEROCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS Y GERMESES DE LA PUTREFACCION Y DE LA FERMENTACION

Reg. Núm. 27955 S. S. A.

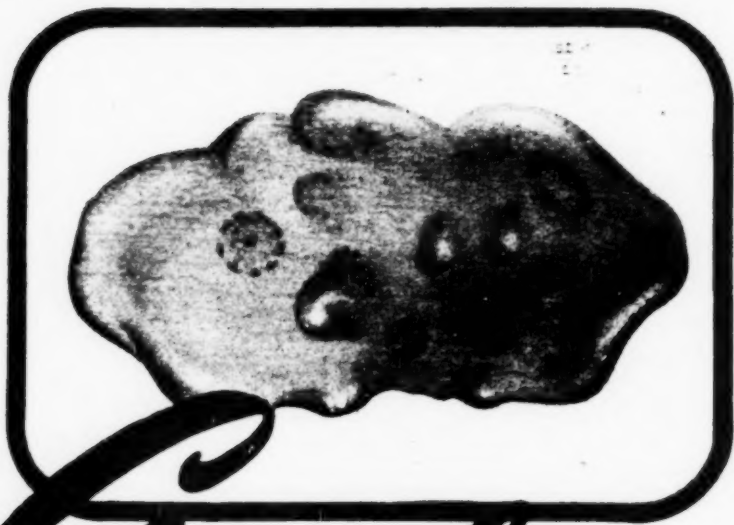
LABORATORIOS FUSTERY, S. A.

LIVERPOOL No. 155.

TEL. 14-32-46

MEXICO, D. F.

# RESERVADO



# *Amebiasis*

ESTE PADECIMIENTO, AQUEJA A UN  
ELEVADO PORCENTAJE DE HABITAN-  
TES DE LA REPUBLICA MEXICANA.

## **DIDOQUIN**

REG. No 37049 S.S.A.

**SEARLE**

ES UN AMEBICIDA QUE OBRA SOBRE  
LOS QUISTES DE E. HISTOLITICA,  
ESTANDO ESPECIALMENTE INDICADO  
EN LOS "PORTADORES DE GERME-  
NES"

**CARLOS GROSSMAN, S. A.**

SADI CARNOT 86

MEXICO, D. F.